

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE (LEPPS)

Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional:

Histórias de vida de pacientes, mães e avós

Élide Dezoti Valdanha

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE (LEPPS)

Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional:

Histórias de vida de pacientes, mães e avós

Élide Dezoti Valdanha

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO - SP

2013

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.

Valdanha, Élide Dezoti

Anorexia Nervosa e transmissão psíquica transgeracional:
Histórias de vida de pacientes, mães e avós. Ribeirão Preto, 2013.

247p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Transtornos da alimentação.
2. Anorexia nervosa.
3. Relação entre gerações.
4. Relações familiares
5. Relação mãe-filho.
6. Transmissão psíquica transgeracional

Apoio financeiro:

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com bolsa de mestrado, no período de Maio de 2011 a Abril de 2013.



Valdanha, Élide Dezoti

Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional: Histórias de vida de pacientes, mães e avós

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

A todas as gerações de minha família

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por ser um grande mestre, companheiro, um exemplo de dedicação à ciência psicológica; por me ensinar os caminhos da pesquisa, do estudo e da prática profissional, sempre estimulando meu desenvolvimento como pesquisadora. Agradeço de coração as orientações, ensinamentos, confiança, acolhimento e carinho. Espero que nossa parceria acadêmica ainda renda muitos frutos.

À Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, que me mostra, em cada contato, que a vida não é tão difícil quanto imaginamos. Cada encontro, um aprendizado.

Agradeço a toda equipe do GRATA, por possibilitarem o desenvolvimento dessa pesquisa, em especial: Prof. Dr. José Ernesto dos Santos, Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Tatiana Rezende, Marina Manochio Pina, Carolina Leonidas e Lilian Costa. Obrigada por tornarem mais leve um trabalho que nos coloca em contato direto com o sofrimento humano.

Aos colegas do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq), pelas trocas e contribuições que tanto enriqueceram meu percurso acadêmico. Especialmente às pesquisadoras Carolina Leonidas e Lilian Costa, sempre presentes em minha trajetória; sei que posso chamá-las de minhas amigas.

Ao Prof. Dr. Fábio Scorsolini-Comin, pelo incentivo constante e por ser um modelo de pesquisador.

À Profa. Dra. Adriana Wagner, pelas preciosas contribuições por ocasião do Exame de Qualificação e por me mostrar novas maneiras de ver minha pesquisa.

À Profa. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, por toda a dedicação e pelas excelentes sugestões para o desenvolvimento dessa pesquisa, por ocasião do Exame de Qualificação.

A todos os meus amigos, que sempre me apóiam e estimulam meu crescimento.

À minha analista, Guiomar Papa de Moraes, que me acompanha e ajuda a compreender todas as vivências e emoções suscitadas ao longo dessa jornada, guiando-me para ser uma profissional mais preparada, mas também uma pessoa melhor.

Ao César Ornelas, meu príncipe-quase-nada-encantado, por ser tão compreensivo, carinhoso e dedicado. Agradeço por sempre me acompanhar nos mais intensos sufocos, e nos melhores sossegos, mostrando-me que evoluir é mais agradável quando estamos em boa companhia.

À Profa. Dra. Valéria Vasconcelos, a nossa “Florzinha”, uma incrível contadora de histórias que me mostra o mundo, sem que eu saia do lugar. Agradeço por ser um refúgio nos momentos de felicidade e de angústia.

Ao meu “irmãozinho” Neto. Meu melhor amigo para toda a vida, meu maior contato com a realidade, mas que também é capaz de enlouquecer comigo se for preciso. Sem você não teria graça.

Agradeço aos meus pais, meus maiores torcedores. Eles, que desde o início da graduação me diziam: “você precisa fazer mestrado!”. Ainda estamos descobrindo o significado e importância dessa profecia. Obrigada por me mostrarem que vivemos o mais intenso vínculo que pode existir. Obrigada, sempre, por me prepararem para a vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro concedido a essa pesquisa.

Agradeço, por fim, a todos que possibilitaram ou auxiliaram no desenvolvimento desse estudo.

RESUMO

Valdanha, E. D. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional: Histórias de vida de pacientes, mães e avós. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Os transtornos alimentares (TAs) configuram graves perturbações no comportamento alimentar, que são tema de destaque na literatura científica nacional e internacional. Um dos tipos de TA que mais tem despertado o interesse de leigos e da comunidade científica é a anorexia nervosa (AN), caracterizada por uma recusa da pessoa acometida em manter o peso mínimo adequado para a saúde, além de temor intenso de ganhar peso e distorção significativa da imagem corporal. Estudos mostram que as relações familiares podem atuar como agentes mediadores no surgimento e manutenção da AN, especialmente a configuração vincular mãe-filha. Considerando-se que esse vínculo é essencial para o desenvolvimento emocional e que a transmissão psíquica é um operador da dinâmica dos relacionamentos familiares, o presente estudo teve como objetivo investigar a transmissão psíquica em três gerações de famílias que tinham um de seus membros acometidos pela AN, buscando identificar os conteúdos transmitidos transgeracionalmente e suas possíveis relações com o desenvolvimento da AN. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa seis famílias, compostas por pacientes diagnosticados com AN, suas respectivas mães e avós maternas. Os pacientes eram vinculados ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - GRATA do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). Para a coleta de dados foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram audiogravadas, mediante consentimento dos participantes, e transcritas na íntegra. O material foi submetido à análise de conteúdo temática, o que permitiu extrair as unidades de significado, que emergiram após leitura exaustiva dos relatos. Os dados foram interpretados com apoio do referencial teórico psicanalítico, mais especificamente da transmissão psíquica transgeracional. Foram construídas categorias temáticas relacionadas aos temas: “fatos marcantes da infância”, “fatos marcantes de adolescência”, “relacionamento com os pais”, “desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas”, “religiosidade”, “relação mãe-filha(o)”, “as vivências do corpo e a alimentação”, “os cuidados maternos percebidos e transmitidos”, “transmissão da feminilidade” e “anorexia nervosa”. Foram identificados padrões distorcidos nos modos como as mães exercem os cuidados maternos, marcados por conflitos e ambivalência afetiva. Os resultados sugerem que vinculações familiares distorcidas são transmitidas como herança psíquica, caracterizando transmissão transgeracional. Essa ausência de elaboração de conteúdos psíquicos, que são transmitidos sucessivamente de geração a geração sem sofrerem transformações, pode ser um importante mediador na gênese e manutenção do transtorno do comportamento alimentar, na medida em que fortalece a perpetuação de vínculos problemáticos, que criam obstruções no processo de amadurecimento emocional da filha. Espera-se que os resultados possam auxiliar os profissionais de saúde a se sensibilizarem para as questões familiares que incidem sobre a AN, contribuindo para o aperfeiçoamento de estratégias (interventivas e preventivas) de cuidado emocional que incluam a família como unidade de tratamento.

Palavras-chave: transtornos da alimentação; anorexia nervosa; relação entre gerações; relações familiares; relação mãe-filho; transmissão psíquica transgeracional.

Área de Pesquisa: Construção do enfrentamento no processo saúde-doença

ABSTRACT

Valdanha, E.D. (2013). Anorexia nervosa and transgenerational psychic transmission: Life histories of patients, mothers and grandmothers (Master's degree), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Eating disorders (ED) constitute serious disturbances in eating behavior, which are prominent issue in national and international scientific literature. An ED that has mostly attracted the interest of either non-academic or academic community is anorexia nervosa (AN), characterized by a refusal to maintain the minimum weight adequate for health, intense fear of gaining weight and significant distortion of body image. Studies show that familial relations can act as mediating agents in the emergence and maintenance of AN, especially the mother-child relation. Considering this bond as essential to emotional development, and that psychic transmission is an operator of the dynamics within familial relations, the goal of this study was to investigate the psychic transmission in three generations of families which had one member affected by AN, aiming to identify the contents transmitted transgenerationally and their possible relations to the development of AN. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Participants were six families, consisted of patients diagnosed with AN along with their mothers and grandmothers. Patients were assisted by the Group of Assistance on Eating Disorders (GRATA), from the Clinics Hospital of Ribeirão Preto's School of Medicine, University of São Paulo (HC-FMRP -USP). The instrument used for data collection were semi-structured interview scripts. Interviews were audio recorded, with participants' consent, and transcribed in full. The material was subjected to thematic content analysis, which enabled to extract the categories of analysis, which emerged after a thorough reading of the transcribed interviews. The data were interpreted with the support of psychoanalysis theoretical framework, more specifically by psychic transgenerational transmission. Thematic categories were raised related to the following topics: "milestones of childhood", "milestones of adolescence", "parental relationship", "affective-sexual development and love relationships", "religiosity", "mother-child relationship", "experiences of the body and nutrition", "perceived and transmitted maternal care", "transmission of femininity" and "anorexia nervosa". Distorted patterns were identified in the ways mothers exert maternal care, marked by conflicts and affective ambivalence. Results suggest that distorted family bonds are transmitted as psychic inheritance, featuring transgenerational transmission. This lack of elaboration of psychic contents, which are successively transmitted from generation to generation without transformations, may be an important mediator in the genesis and maintenance of eating disorder, since it strengthens the perpetuation of problematical bonds which create obstructions in child's process of emotional maturation. It is expected that the results may support health professionals to raise awareness for familial issues that exert influence on AN, contributing to the improvement of assistance strategies (interventional and preventive) for emotional care which includes the family as the unit of treatment.

Key-words: eating disorders; anorexia nervosa; intergenerational relations; familial relations; mother-child relations; transgenerational psychic transmission.

Research field: Construction of coping in health-illness process.

SUMÁRIO

PREÂMBULO	19
1 INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1. ANOREXIA NERVOSA.....	23
1.1 As relações familiares.....	29
CAPÍTULO 2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	32
2.1 Análise descritiva dos artigos selecionados na revisão	32
2.2 Síntese da revisão integrativa	42
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO.....	44
2 JUSTIFICATIVA	49
3 OBJETIVOS	51
3.1 Objetivo geral	51
3.2 Objetivos específicos	51
4 MÉTODO	53
4.1 Delineamento da pesquisa	53
4.2 Caracterização do campo de pesquisa	54
4.3 Participantes	55
4.4 Instrumentos	57
4.5 Procedimento	58
4.5.1 Coleta de dados.....	58
4.5.2 Análise dos dados	59
4.5.3 Considerações éticas.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 Síntese integrativa	175

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
7 REFERÊNCIAS	191
APÊNDICES.....	203
APÊNDICE A – REVISÃO DA LITERATURA.....	203
APÊNDICE B – TABELA 1	228
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I.....	239
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I.....	241
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	243
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	244
APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	245
ANEXO	247
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	247

PREÂMBULO

Minha aproximação ao tema iniciou-se em 2009, em meu quarto ano de graduação em Psicologia, quando iniciei um estágio profissionalizante vinculado ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP).

O contato semanal com a equipe multiprofissional, assim como com pacientes e seus familiares, despertou em mim, desde o início, muito interesse pela temática dos transtornos alimentares. Como estagiária, eu participava de reuniões de equipe, realizava atendimentos psicoterápicos individuais, observava atendimentos em grupos (de pacientes e familiares) e recebia supervisão dos coordenadores do estágio e de profissionais vinculados ao GRATA.

Muitas questões foram surgindo a partir de minhas vivências no ambulatório. O contato próximo com o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos e com a Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, coordenadores do estágio, convidou-me a inúmeras leituras, orientadas pelos mesmos, sempre atentos e disponíveis para discussões e reflexões, que privilegiavam a articulação teórico-prática.

Após a leitura de alguns artigos e capítulos de livro, ainda me restavam muitas dúvidas. A temática dos transtornos alimentares parecia (e ainda me parece) delinear um campo que fomenta muitas questões que ainda permanecem sem respostas. Isso instigou meu interesse em iniciar uma pesquisa científica.

Ingressei no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS), grupo de pesquisa no qual pude manter contato com outros colegas que vinham estudando os transtornos alimentares, e assim pude articular minhas ideias para um projeto de Iniciação Científica.

Um dos aspectos que suscitava minha atenção durante os atendimentos realizados no GRATA era a relação estabelecida pelas pacientes (na época eram todas do sexo feminino) com suas mães. Permeadas por conflitos e ambivalências exacerbadas, surgiu-me a questão: se isso acontece na díade mãe-filha, o que aconteceu antes? Como a mãe da paciente vivenciou a relação com sua própria mãe? Não me parecia uma questão pontual ou isolada. As leituras foram se tornando mais frequentes, as ideias e discussões ganharam corpo e passaram para o papel, sempre buscando compreender o contexto emocional em que viviam essas pessoas.

O projeto de Iniciação Científica, que mais tarde daria origem à presente pesquisa de mestrado, foi desenvolvido e concluído em 2010, com apoio e financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

Os resultados iniciais surpreenderam tanto a pesquisadora como o orientador, estimulando-me a buscar, com a ampliação da amostra, um aprofundamento nas temáticas abordadas, que parecem essenciais na constituição da organização psíquica dessas famílias com pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares.

Em 2011, graduada como psicóloga, retornei ao GRATA. Ao assumir novas funções e responsabilidades dentro da equipe multidisciplinar, iniciei meu projeto de mestrado. Atualmente, além de pesquisadora, atuo na equipe como psicóloga voluntária, tendo como funções: participação nas reuniões semanais da equipe multiprofissional, atendimento psicoterápico a pacientes, coordenação do grupo de apoio psicológico aos pacientes, co-supervisão dos estagiários, que realizam atividades de atendimento individual, grupal e ambulatorial, realização das entrevistas psicológicas de caso novo de pacientes e/ou familiares.

A presente pesquisa tem por objetivo investigar a transmissão psíquica em três gerações de mulheres (avó, mãe e filha acometida por anorexia nervosa). A psicanálise será utilizada como referencial para dar suporte teórico ao estudo, em especial a concepção da transmissão psíquica transgeracional. Esta investigação é desdobramento de um projeto de iniciação científica concluído com apoio da FAPESP (processo nº 2009/17110-8) em dezembro de 2011. Compreende uma análise das implicações da transmissão psíquica transgeracional e dos processos intersubjetivos existentes no grupo familiar, envolvidos no adoecimento de um de seus membros. Os conteúdos da história familiar serão esquadrihados em busca da transmissão psíquica dos legados que possam estar presentes nos fantasmas herdados de gerações anteriores, alimentados pelas fantasias dos membros familiares e incorporados no transtorno alimentar de um integrante da família.

Este estudo se inicia com uma introdução ao tema, dividida em capítulos. O Capítulo 1 tem como tema a anorexia nervosa e os relacionamentos familiares de pessoas com transtornos alimentares. O Capítulo 2 é composto por uma revisão integrativa da literatura, com foco nas relações entre as gerações. Ainda na Introdução, no Capítulo 3, apresento o referencial teórico que utilizei para compreender e interpretar os dados. Em seguida, apresento a Justificativa para este estudo e seus Objetivos.

No capítulo Método apresento a trajetória metodológica que empreguei para a realização dos objetivos da pesquisa, descrevendo todas as etapas cumpridas: delineamento de

pesquisa, caracterização do campo, caracterização de participantes, instrumentos utilizados, procedimento de coleta e análise de dados e considerações éticas.

Na seção dedicada aos Resultados e Discussão, apresento a análise das entrevistas. Para cada família, serão narradas as vivências de cada participante, de acordo com as categorias elaboradas. Em seguida, apresento uma Síntese Integrativa das histórias de vida das famílias participantes, tentando estabelecer aproximações e demarcar distinções entre elas.

Finalizando o trabalho, apresento algumas Considerações Finais em relação aos resultados e discussão apresentadas. Por fim, apresento as Referências bibliográficas, seguidas dos Apêndices e Anexo.

1 INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1. ANOREXIA NERVOSA

O vocábulo anorexia deriva da palavra grega *anorektos*, que significa “sem desejo, sem apetite”, e foi integrado ao vocabulário latino em 1984. Os primeiros relatos de mulheres com sintomas desse transtorno mental remontam à Idade Média, quando se acreditava que o não-comer seria uma forma de desenvolvimento espiritual, pois propiciaria a ascese, ou seja, a superação das necessidades terrenas. Só posteriormente o termo passou a ter o status de “doença da alma” (Fernandes, 2006).

O DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2002) e a CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial de Saúde, 1993) apontam como principais transtornos alimentares (TAs) a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Esses quadros têm em comum o comportamento alimentar gravemente perturbado, tentativa de controle excessivo do peso corporal por meios não apropriados e acentuada distorção da imagem corporal. Especialmente na AN, o paciente vivencia um medo patológico de engordar, embora seu peso esteja abaixo do ideal, resultando em caquexia, ou seja, fraqueza geral do corpo e má disposição corporal decorrente da desnutrição (Bighetti et al., 2007; Claudino & Borges, 2003; Olivry & Herman, 2002; Saikali, Soubhia, Scalfaro, & Cordas, 2004).

Ainda segundo o DSM-IV, existem dois subtipos de AN: o *restritivo*, no qual o paciente perde muito peso em um curto espaço de tempo, devido à restrição de grupos alimentares, jejum prolongado e/ou excesso de exercícios físicos, e o *purgativo*, caracterizado por episódios de compulsão alimentar, seguidos de rituais compensatórios, como vômitos autoinduzidos ou uso abusivo de laxantes ou diuréticos (Associação Americana de Psiquiatria, 2002).

O quadro clínico pode cursar com alterações fisiológicas importantes, tais como distúrbios endócrinos (por exemplo, amenorréia nas mulheres), alterações gastrointestinais, cardiovasculares, hematológicas e metabólicas, que atuam também como mantenedores do transtorno, podendo, em casos extremos, levar à morte (Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002; Dunker & Philipi, 2003). Estudos consideram a AN o transtorno psiquiátrico que apresenta

maior taxa de mortalidade (Birmingham Su, Hlynsky, Goldner, & Gao, 2005; Morgan & Claudino, 2005). Esses dados colocam a AN como um grave problema de saúde.

É possível observar que os TAs estão cada vez mais ocupando espaço na mídia mundial, sendo muitas vezes analisados como patologias típicas da era contemporânea, ignorando-se o fato de que quadros com sintomas de grave perturbação no comportamento alimentar são descritos e estudados há séculos (Fuks & Pollo, 2010), ganhando maior ou menor destaque em função de aspectos socioculturais, como a hipervalorização do corpo magro e esguio, e a hiperinflação do corpo como objeto de consumo e de desejo (Wolf, 1992; Hoogland, 2002).

Na era contemporânea a visibilidade social conferida à AN e à BN, bem como os significativos graus de morbidade e mortalidade que acompanham esses transtornos, têm convertido esses quadros em importante problema de saúde pública, que exige que o profissional domine um conhecimento teórico e técnico específico que o habilite a lidar com os desafios que essa clínica exige (American Psychiatry Association, 2010; Andrade & Santos, 2009; Bighetti et al., 2007).

A prevalência da AN varia em torno de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas; nos Estados Unidos é a terceira doença mais comum entre adolescentes, perdendo apenas para a obesidade e a asma (Dunker & Phillipi, 2003). Já para Morgan e Claudino (2005), a prevalência de AN entre mulheres jovens tem taxas médias de, aproximadamente, 0,3%, e a prevalência de BN apresenta taxa de 1%. Hoek e Hoeken (2003), revisando estudos sobre a incidência da AN, verificaram que o transtorno afeta, aproximadamente, 8 por 100 mil indivíduos da população por ano, ao passo que a incidência de BN é de 12 por 100 mil, sendo poucos os pacientes que realmente aderem ao tratamento.

Percebe-se grande variabilidade entre os dados epidemiológicos encontrados na literatura disponível (Doyle, & Bryant-Waugh, 2000). A explicação dada para essa variabilidade compreende vários motivos, como questões metodológicas (diferentes métodos de avaliação utilizados em cada levantamento), ou até socioculturais (diferentes percepções de corpo e magreza em cada contexto cultural), o que dificulta o estabelecimento de um padrão quantitativo relacionado à epidemiologia do TA (Leonidas, 2007), além de dificultar o estabelecimento de um diagnóstico adequado.

A literatura científica e a observação clínica sugerem que os TAs têm múltiplas causas. São considerados fatores desencadeadores e mantenedores do quadro psicopatológico: o meio sociocultural (por exemplo, influência da mídia ou do círculo social), a dinâmica familiar (indiferenciação entre os membros do grupo, perda das fronteiras individuais) e

aspectos da personalidade do indivíduo (sentimento generalizado de insatisfação, afetos negativos), o que caracteriza a AN e a BN como transtornos mentais de etiologia multifatorial (Oliveira & Santos, 2006; Polivy & Herman, 2002; Appolinário & Claudino, 2000; Bighetti et al., 2007).

Em relação às vivências do corpo na contemporaneidade, a mídia apresenta-nos constantemente a falsa idéia de que o corpo humano é flexível e facilmente modificável, ou seja, o corpo magro ou tonificado é apenas questão de desejo e estaria ao alcance de todos, desconsiderando as diferenças físicas e biológicas de cada indivíduo (Sopezki & Vaz, 2008).

A valorização do “corpo perfeito” constitui um ideal inatingível, que faz com que as pessoas, especialmente mulheres, busquem métodos de emagrecimento bizarros, que podem prejudicar sua saúde, como comportamentos purgativos ou longos períodos de restrição alimentar, que podem ocasionar uma lenta e penosa mortificação do corpo (Fraga & Santos, 2005; Rosa & Santos, 2011).

Atualmente, os indivíduos se apresentam ao outro a partir do modo como lidam com seu próprio corpo, sendo o culto à silhueta magra e a conservação ininterrupta da juventude expressões da obsessão da sociedade com a busca da vida eterna. O indivíduo aprende que deve restringir sua dieta alimentar e abandonar o prazer proveniente de sua alimentação para corresponder ao padrão valorizado de saúde e de beleza (Miranda, 2007, 2010). É possível falar de uma migração das problemáticas internas para o corpo, que passa a ser utilizado como via de expressão para um sofrimento que claramente encontra dificuldades para se manifestar em termos psíquicos (Fernandes, 2003). Assim, vive-se uma apologia da aparência física; fala-se do externo, em detrimento do interno.

A historiadora Mary Del Priore (2000), ao considerar as mudanças na percepção corporal entre as gerações, afirma que: “Diferentemente de nossas avós, não nos preocupamos mais em salvar nossas almas, mas em salvar nossos corpos da desgraça da rejeição social. Nosso tormento não é o fogo do inferno, mas a balança e o espelho” (p. 11). A autora ressalta o sofrimento associado ao corpo na contemporaneidade, que antes fora uma dor da alma. O culto desenfreado ao corpo converte em fonte inesgotável de ansiedade e frustração, na medida que os padrões ideais são inalcançáveis. A mulher, que outrora fora submissa as repetidas gestações, hoje é submissa ao imperativo da perfeição física.

A juventude é, contemporaneamente, vendida como mercadoria para as diferentes gerações. A busca do corpo jovem e que se mantenha sempre jovem é desejo difundido e, por vezes, legitimado em nossa sociedade. Nesse sentido, pode-se dizer que hoje em dia não são

os jovens que buscam se espelhar nos mais velhos, mas sim estes que vêem a juventude como referência de beleza e felicidade (Vianna, 2003).

Vivenciamos uma cultura em que o “ser jovem” é associado a uma constante possibilidade de desfrutar privilégios, em um discurso socialmente disseminado de que a juventude é sempre positiva e está atrelada a vivências de liberdade, beleza e sensualidade. As relações familiares perdem alguns limites, já que todos buscam a juventude, o que implica em manter a imaturidade, havendo carência de referências mais estáveis (Borges & Magalhães, 2011). O corpo feminino, principalmente, está fadado à obediência tácita ao padrão imposto de magreza. Assim, na adolescência/juventude, quando surgem as curvas marcantes da puberdade, há sofrimento para manter o corpo feminino dentro dos padrões de beleza pré-estabelecidos (Withaker, 1988).

Na era contemporânea, considerando que vivemos em uma sociedade em rápida transição, muitas vezes são os filhos os responsáveis por transmitirem conhecimento a seus pais, principalmente os atrelados à tecnologia. Dessa maneira, os pais se tornam “jovens aprendizes”, ocupando tal função da geração mais jovem. A identificação entre as gerações acontece, então, no sentido inverso. Não são mais os jovens que projetam seus futuros baseados na observação dos mais velhos, mas sim esses últimos que buscam todos os atributos possíveis dos mais jovens. Atualmente, é mais difícil perceber, ao observarmos diferentes gerações, suas peculiaridades relacionadas aos padrões de comportamento, vestimenta e imagens corporais produzidas (Borges & Magalhães, 2011).

Em relação ao início dos sintomas de TA, de maneira geral, os pacientes relatam que o problema começou após alguma exposição a fator estressante, como comentários sobre seu peso, término de relacionamento amoroso ou perda de ente querido. Nota-se que pessoas com AN passam a viver em função do medo patológico de engordar e, concomitantemente, apresentam traços de personalidade marcados, como preocupação em excesso, receio de mudanças, hipersensibilidade e perfeccionismo (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006).

Em relação às características de personalidade, nota-se que pessoas com AN tendem a negar a gravidade de sua psicopatologia ou mesmo sua existência, especialmente na etapa inicial do transtorno; são introvertidas e inseguras, mostram dificuldades no estabelecimento e manutenção de vínculos afetivos, além de apresentarem fragilidade e imaturidade egóica. Também são inseguras no contato com o mundo externo, o que torna seu círculo social restrito e empobrecido (Leonidas, 2012).

Em relação à sexualidade, mulheres diagnosticadas com perturbações alimentares apresentam problemas na vida afetivo-sexual (Kaplan, 2002). De um modo geral, mulheres com TA não se identificam com o próprio corpo, rejeitando o desenvolvimento de curvas femininas. Mulheres com AN apresentam amenorréia, desinteresse por relações afetivas, bem como diminuição da libido, conseguindo estabelecer uma relação íntima com um parceiro apenas após a recuperação do quadro psicopatológico. Essas mulheres também apresentam dificuldades com a alimentação desde a infância, comportamento autoagressivo, ausência de cuidados maternos apropriados e tabus familiares que dizem respeito à nudez e sexualidade (Mangweth et al., 2005).

Weinberg, Cordás e Munoz (2005) apresentam um estudo em que traçam um paralelo entre a AN (o quadro psicopatológico tal como o conhecemos na atualidade) e as santas da Idade Média, que adotavam longos períodos de jejum como maneira de expurgar os pecados. Nestas últimas era notável a busca por um corpo puro, limpo, abstinente dos prazeres terrenos e sem os “pecados da carne”. As características femininas, como as curvas e longos cabelos, eram abandonadas, de forma a afastar o interesse dos homens que ousassem se aproximar. A negação obstinada da sexualidade em benefício de um ideal de purificação da alma era um traço que aproxima essas santas medievais das anoréxicas contemporâneas.

A recusa em se alimentar, observada na paciente com AN, pode ser considerada uma defesa, uma maneira de conter as angústias de separação e estancar os sentimentos de desamparo e de abandono decorrentes. Ela busca se defender de um estado de desorganização e fragmentação do *self*, estado que a assombra todo o tempo. A perda de peso é sentida como uma conquista, como sinal de autocontrole. No sentido oposto, ganhar peso evidenciaria um fracasso da autodisciplina, o que se torna inaceitável para pacientes tão controladoras e perfeccionistas (Gaspar, 2005).

De acordo com a referida autora, pessoas com AN estão constantemente tomadas por angústias de invasão ou abandono, que se alternam de modo ambivalente. Essas angústias estão relacionadas com sensações de vazio ou de transbordamento, respectivamente. Fernandes (2006) compara a observação detalhista que pacientes diagnosticados com AN dão ao corpo, em seus contornos e superfície externa, com a extrema atenção que hipocondríacos dedicam aos seus órgãos. Desse modo, é possível falar de uma verdadeira *hipocondria da imagem*.

Como as bases da personalidade se estruturam nos primeiros anos de vida, estudos apontam que a origem da problemática remonta às etapas precoces do desenvolvimento

psicoafetivo (De Felice, 2006; Miranda, 2007), o que direciona a atenção de pesquisadores e psicólogos clínicos para a constituição do vínculo materno.

O vínculo mãe-criança se estrutura, em grande parte, em torno do comportamento alimentar, ou seja, ancora-se nas experiências de satisfação e insatisfação das necessidades corporais primárias da criança. Por essa razão, problemas vivenciados nas etapas precoces do desenvolvimento emocional podem desencadear perturbações na esfera oro-alimentar ou mesmo constituir as bases primitivas que, no futuro, favorecerão a emergência de transtornos da alimentação.

Benghozi (2010) utiliza a metáfora do corpo “tubo” para se referir à pessoa anoréxica, sendo que a AN da adolescente seria um sintoma de um corpo psíquico familiar esburacado, campo conflagrado de uma adolescência em crise, que poderia se complicar, gerando uma adolescência-catástrofe, na qual incidem outros sintomas associados, difratados sobre os diferentes membros da família. O vazio do não-comer seria a expressão de uma hemorragia narcísica, como se houvesse uma fuga de substância psíquica pelos dilaceramentos dos continentes esburacados, ou seja, por meio da fabricação psíquica de um corpo “tubo”.

A descoberta de um TA pela família usualmente causa forte impacto, tanto nos pais e irmãos, quanto na família extensa e no grupo de amigos. Ocorrem certas mudanças drásticas na rotina familiar, por exemplo, nos hábitos de compartilhar as refeições e outras experiências de sociabilidade. Ao mesmo tempo, há um crescente envolvimento emocional entre os pais e o filho afetado, o que impõe uma ressignificação da rotina, da convivência e das relações familiares. É importante saber como a família educa os filhos, como lhes oferece apoio e como soluciona conflitos, o que refletirá no modo como a organização familiar irá lidar com o transtorno. Quanto mais rápido os pais compreenderem a psicopatologia alimentar, tão logo poderão dar o suporte necessário ao filho acometido. Dessa forma, é de suma importância a participação familiar no tratamento e a qualidade do suporte oferecido ao paciente, para que a família possa reunificar seus laços e reconstituir suas vivências, de maneira a criar condições necessárias para erradicar as atitudes e comportamentos inadequados (Leonidas, 2007), o que nos remete à relevância do estudo das relações familiares no campo dos TA.

1.1 As relações familiares

Além dos aspectos orgânicos, evidentes nos sérios problemas à saúde do adolescente acometido, os sintomas de TA afetam o bem-estar psicológico, atividades escolares, relacionamento com os pares e outras atividades sociais. Além disso, é possível observar sérias mudanças no funcionamento familiar, tais como: conflitos entre pais e filhos, conflitos conjugais e conflitos entre diferentes gerações (Eisler, 1995; Ma, 2005).

Inseridas no contexto de tratamento dos TA desde a década de 1970, as famílias vêm ganhando espaço e visibilidade, visto que se reconhece sua influência tanto no desenvolvimento, como na manutenção do TA (Gazignato, Scorsolini-Comin, Souza, Kazan, & Santos, 2008; Souza & Santos, 2012).

Em um estudo de revisão, que focalizou a percepção de familiares acerca da AN e BN, Espíndola e Blay (2009) constataram que os pais, em um primeiro contato com o diagnóstico, mostram-se incrédulos e assustados. Sentimentos de impotência, raiva, tristeza, medo e culpa permeiam o cotidiano dessas famílias, evidenciando o sofrimento familiar.

A primeira impressão que se tem, ao se observarem famílias com uma pessoa diagnosticada com TA, pode ser a de que são organizações harmônicas, porém os aspectos disfuncionais e conflituosos vão sendo evidenciados paulatinamente (Kaplan, 1992; Oliveira & Hutz, 2008). Muitas vezes a expressão de sentimentos hostis é impossibilitada nesses núcleos e parecem emergir, de maneira intensa e desenfreada, com o desenvolvimento do sintoma. O paciente é considerado o responsável pelos questionamentos e conflitos, agora colocados em evidência, o que pode possibilitar a busca da família por ajuda (Oliveira & Hutz, 2008).

É possível observar que muitos pacientes conseguem camuflar os sintomas iniciais de TA, de modo os membros do núcleo familiar podem demorar a perceber o desenvolvimento de comportamentos/pensamentos inadequados no paciente acometido. Assim, percebe-se uma significativa lacuna no período decorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico e tratamento adequados – médico, nutricional, psicológico – o que pode agravar o quadro clínico do paciente (Assumpção & Cabral, 2002; Pinzon & Nogueira, 2004).

Famílias de pacientes diagnosticados com AN mostram-se superprotetoras, rígidas e com pouca capacidade de solucionar seus conflitos. Por serem consideradas disfuncionais, precisam ser incluídas no tratamento de maneira intensiva, para que haja significativas mudanças em seu funcionamento (Minuchin et al., 1978).

Sobre características do funcionamento familiar, foram constatadas algumas diferenças, no que concerne ao diagnóstico, considerando os dois subtipos. Famílias de pessoas com AN restritiva apresentam fronteiras rígidas e são pouco comunicativas, porém mais envolvidas e preocupadas com o sintoma alimentar. Já famílias de pessoas com AN purgativa evidenciam fronteiras difusas, comunicação intensa, mas com mensagens confusas e superficiais, e menor preocupação com os sintomas (Oliveira & Hutz, 2008). É constatado um padrão de ausência generalizada de limites nessas famílias, o que leva à perda da identidade e individualidade dos seus membros que, frequentemente, apresentam inadequações em seus relacionamentos interpessoais (Oliveira & Santos, 2006).

Para o cuidado com essas famílias, Le Grange (1999) propõe um tratamento terapêutico familiar, dividido em três fases. A primeira envolveria refeições familiares, em que o terapeuta auxiliaria na resolução dos conflitos que emergem nesse momento. Na segunda fase (já com uma possível melhora no clima familiar), há a tentativa de construção de novos padrões de relacionamento intrafamiliares. A última fase da intervenção é dedicada a que a família possa permitir a individuação do paciente com AN. Assim, o profissional pode intervir em diferentes esferas das relações familiares, que muitas vezes são negligenciadas e contribuem para a estagnação dos padrões relacionais que perpetuam os sintomas.

Os lares são considerados disfuncionais, com mães controladoras e pais ausentes, havendo recorrentes casos de traumas envolvendo a família. Os sintomas de AN teriam a função psíquica de manter imaturo o indivíduo acometido, como uma criança pequena que rejeita os marcos que delimitam o final da infância e a transição para a adolescência, tais como a menstruação, que comprovariam o desenvolvimento e a maturidade sexual, assim como a emergência da feminilidade e as inevitáveis mudanças corporais (Lane, 2002).

Pontos de transição do ciclo de vida familiar, permeados por falta de apoio sentida pelos pacientes, podem influenciar, enquanto potenciais fatores de risco, o desenvolvimento de sintomas de TA, tais como: mudança de escola, falecimento de membro familiar, mudança nos relacionamentos (como um divórcio ou recasamento de um dos pais), mudança de casa ou emprego, doença/hospitalização e abuso sexual (Berge et al., 2011; Ma, 2005, 2008).

O desenvolvimento psicológico/emocional de adolescentes acometidos pelo TA parecem não acompanhar o desenvolvimento físico, bem como as demandas de maturidade exigida pelos pais. Outro ponto importante de conflito está nos projetos futuros do filho, que questiona se deve seguir seus próprios desejos ou atender ao desejo dos pais. Os conflitos manifestos são relacionados à (não)alimentação do filho, enquanto outros problemas da

dinâmica familiar ficam encobertos, evitando-se o diálogo. O relacionamento entre os irmãos também torna-se mais conflituoso (Ma, 2005, 2008).

Uma terapeuta familiar dissidente do paradigma psicanalítico, Mara Selvini-Palazzoli, impressionou-se ao estudar famílias com portadores de TA e perceber muitas características semelhantes entre as alianças intergeracionais (Souza, 2006). Para Selvini-Palazzoli (1974), a AN seria uma resposta da filha aos conflitos existentes no relacionamento conjugal dos pais. O sintoma seria uma resposta aos padrões disfuncionais de interação presentes nessas famílias. Tais famílias teriam dificuldades de dar suporte à criança em seu processo de separação-individuação e em seus movimentos de exploração do ambiente exterior. Os laços de dependência afetiva existentes entre a mãe e a filha com AN não encorajariam as tentativas de emancipação necessárias para a constituição da autonomia (Lane, 2002).

Sobre a intensa restrição alimentar na AN, a notável tenacidade e persistência da paciente acometida em não-comer pode ser considerada uma obstinação, que deve ser analisada em duas vertentes: a negação do alimento enquanto uma afirmação de seu desejo inconsciente de se separar da relação simbiótica com a mãe, ou então como uma aniquilação de tal desejo, situação em que a paciente estaria servindo ao objeto ideal (mãe). A intensidade da resistência da paciente seria proporcional ao nível de invasão vivenciada por ela (Fortes, 2011). A relação mãe-filha nesse campo mostra-se sempre intensa e ambivalente, sendo que amor e ódio se misturam e se confundem o tempo todo.

CAPÍTULO 2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para fundamentar cientificamente este projeto, focalizaremos a produção científica consagrada às relações familiares de pacientes com AN, considerando que esse tema vem ganhando importância no cenário científico devido à dinâmica familiar disfuncional evidenciada pelos estudos. Assim como exposto no capítulo anterior, tem sido apontada a necessidade de novas intervenções que incluam a família e considerem a questão da saúde mental do grupo familiar (Souza & Santos, 2007, 2009).

A revisão da literatura científica, nacional e internacional, permite que haja diálogo do objeto de estudo com outras pesquisas, tornando-o um construto científico (Minayo, 2012). Esse método de pesquisa deve proporcionar uma leitura que evidencie como outros pesquisadores coletaram dados e responderam questões de pesquisas similares, enriquecendo a discussão e refinando o olhar do pesquisador para a coleta e análise dos dados (Stake, 2011).

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, cujo texto completo encontra-se no Apêndice A, com o objetivo de buscar evidências científicas acerca das relações familiares (especialmente o vínculo mãe-filha) e do relacionamento entre gerações no contexto de vida de pessoas diagnosticadas com TA, em especial a AN. Foram consultadas quatro bases indexadoras: PubMed, CINAHL, LILACS e PsycINFO, no intervalo de janeiro de 2000 a dezembro de 2012.

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): anorexia nervosa, transtornos da alimentação (*eating disorders*), relações familiares (*family relations*), relação entre gerações (*intergenerational relations*) e relações mãe-filho (*mother-child relations*). Foram selecionados e recuperados 37 estudos, que serão abordados de forma sistemática. A Tabela 1 (Apêndice B) contém informações detalhadas sobre os artigos revisados, como ano de publicação, país de origem dos pesquisadores, objetivos, método e principais resultados obtidos.

2.1 Análise descritiva dos artigos selecionados na revisão

Um dos poucos estudos encontrados que buscou identificar os conteúdos psíquicos transmitidos entre os membros das famílias no contexto dos TA, apoiando-se na noção de

transmissão intergeracional de estilos parentais, investigou o relacionamento de pais e avós de mulheres com AN (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008). Os resultados sugerem que as características dos pais (casal) que estão associadas aos avós podem influenciar no desenvolvimento e manutenção do TA. Os avós paternos de meninas portadoras de AN são percebidos por elas como mais controladores, o que pode ter um efeito indireto nos comportamentos de controle típicos do transtorno, já que a figura paterna não é considerada tão controladora. Enquanto isso, a figura da mãe controladora mostrou-se associada à gravidade dos sintomas, ou seja, quanto maior o controle materno percebido, mais grave a sintomatologia da filha. O cuidado das avós (tanto maternas quanto paternas) segue a mesma associação em relação ao quadro de AN da neta, o que pode sugerir a transmissão de estilos parentais baseados em padrões de controle entre gerações. Mulheres com AN sentem suas mães e pais como menos carinhosos, pouco afetuosos e empáticos, o que pode estar associado ao desenvolvimento do TA.

Outro estudo abordou características dos avós e pais, porém associados a possível hospitalização de mulheres diagnosticadas com TA. Encontrou-se que maior risco de hospitalização para mulheres com TA está associado com maior nível educacional de seus pais. Avós com maior nível educacional e pais com maior renda estão associados a maior risco de desenvolvimento de sintomas de TA. O estudo também aponta que avós maternas com maior nível educacional aumentam a probabilidade de TA na neta. Mulheres com maiores notas escolares estão mais propensas a desenvolverem TA, o que pode estar relacionado com características de personalidade, já que elas são consideradas perfeccionistas. Os autores apontam algumas limitações do estudo: foram avaliados apenas casos de internação decorrente do TA, e não pacientes em tratamento ambulatorial, pela facilidade de monitoramento do registro dessas pacientes internadas (Ahrén-Moonga, Silverwood, Klitenberg, & Koupil, 2009). Pode-se questionar se é possível que pais com maior nível educacional internem suas filhas precocemente por terem conhecimento mais acurado da sintomatologia.

Avaliando os cuidados que pais de pessoas com TA oferecem a seus filhos, Enten e Golan (2009) sugerem que esses cuidadores se descrevem como “autoritativos”, isto é, carinhosos e com baixo nível de controle coercitivo, equilibrados entre suas expectativas em relação à criança e as necessidades da mesma. Já as filhas, em relação aos mesmos cuidados, perceberam seus pais e mães como figuras autoritárias, o que foi associado a níveis de baixa autoestima e depressão (Enten & Golan, 2009), evidenciando o conflito nas relações familiares, inclusive na percepção dos cuidados oferecidos e percebidos.

Mães das pacientes com AN apresentam menores níveis de altruísmo do que as mães de adolescentes considerados saudáveis. Também apresentam maiores níveis de depressão, o que está de acordo com a literatura da área. Em contrapartida, as filhas com AN sugerem maiores níveis de altruísmo, evidenciando que se sacrificam em prol do funcionamento familiar, o que é reconhecido pela literatura como característica de pacientes com TA (Bachar, Kanyas, Canetti, Bonne, & Lerer, 2008). Desse modo, as filhas ocupam o lugar das mães que têm mais características depressivas e dificuldades em desempenharem os cuidados com o lar.

Ao investigarem a percepção de familiares sobre o TA e a pessoa que recebe esse diagnóstico, Souza, Santos e Scorsolini-Comin (2009) afirmam que, em relação à psicopatologia, os familiares a perceberam como intrínseca ao indivíduo, dominando suas ações e pensamentos. Eles tenderam a generalizar características pessoais dos pacientes, descrevendo-os como nervosos, perfeccionistas e isolados. Percebe-se uma indiferenciação marcada, na medida em que verbalizam que as pacientes são todas iguais. Em relação às causas do TA, familiares cujas filhas tinham maior tempo de tratamento demonstraram uma compreensão mais abrangente dos fatores associados à psicopatologia, evocando tanto aspectos externos (mídia), como internos (personalidade, padrões vinculares). Muitos pais sentiam-se responsáveis, em algum nível, pelo desenvolvimento do TA. As mães relataram perceber que seus comentários em relação ao peso das filhas contribuíram com o aparecimento dos sintomas, e que o padrão de relação simbiótica poderia ter o mesmo efeito (Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009).

Já na percepção das pacientes diagnosticadas com TA, as principais causas da psicopatologia são aspectos de personalidade, seguidos da dinâmica familiar e, por último, do meio sociocultural. Com relação ao primeiro aspecto, as pacientes apontaram que o perfeccionismo, a insatisfação plena e a baixa autoestima são as principais características associadas ao desenvolvimento do TA. A dinâmica familiar, percebida por elas como o segundo principal componente, é vivenciada como conflitante, com predomínio de vínculos simbióticos frágeis e graves problemas na comunicação entre os familiares. O meio sociocultural, também apontado como fator disparador e mantenedor do TA, está associado a pressões da mídia por um corpo magro e livre de gordura, e ao *bullying* (apelidos e brincadeiras pejorativas) exercido pelos pares (Chan & Ma, 2004; Nilsson, Abrahamsson, Torbiornsson, & Hägglöf, 2009).

Ainda em relação às possíveis causas do desenvolvimento de sintomas do comportamento alimentar, na percepção de pacientes em tratamento, encontrou-se que os

principais eventos estressores, associados ao início dos sintomas de TA (relacionados aos ciclos de vida familiar), foram: mudanças de escola, falecimento de pessoa da família, mudanças em relacionamentos, mudanças ocorridas em casa ou no trabalho, doença/hospitalização e abuso sexual. Todos os participantes ressaltaram que, nesses períodos de crise ou transição, sentiram que não tinham apoio adequado da família. A maioria destacou que os sintomas iniciaram na saída de casa para estudar em outra cidade, ou seja, no início da vida adulta. Os autores sugerem o desenvolvimento de mais pesquisas, inclusive que visem a cuidar/preparar a família para esses momentos de crise, prevenindo o desenvolvimento de doenças como os TAs (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, 2011).

Assumindo como premissa a importância da inclusão da família no tratamento de pacientes com TA, Cobelo, Saikali e Schomer (2004) investigaram a integração dos familiares em um serviço especializado. A estrutura familiar, a comunicação entre os membros, os legados transgeracionais e os padrões alimentares do grupo são temas abordados ao longo do tratamento. É necessário valorizar a conversação dentro das famílias, estimulando-as em situações de grupo, de maneira que se possa ter acesso a conteúdos velados pela rede familiar. São famílias que mostram, de maneira geral, sentimentos de insegurança, dificuldade de autoaceitação e poucos objetivos de vida. As diferenças individuais são pouco toleradas, o que cria dificuldades para as relações interpessoais. Na implementação da intervenção, é função do terapeuta familiar auxiliar na desconstrução de narrativas limitadoras e dos segredos familiares intergeracionais, que não permitem o desenvolvimento do grupo (Cobelo, Saikali, & Schomer, 2004).

Dois estudos analisados avaliaram a proposta de grupos preventivos com o objetivo de que mães diagnosticadas com TA não transmitissem aos filhos suas dificuldades em relação à alimentação e ao corpo. As mães mostraram muitas dificuldades em comprar e preparar os alimentos. Com a participação nos grupos, puderam refletir sobre as condutas que estavam tomando na educação dos filhos e reavaliaram as mensagens ambivalentes que lhes eram transmitidas acerca da alimentação (Barnett et al., 2005; Sherkow, Kamens, Megyes, & Loewenthal, 2009).

Não foram encontrados estudos com propostas preventivas para o fenômeno de transmissão psíquica nas famílias em que não havia uma pessoa diagnosticada com TA. Em relação a esse aspecto parece haver uma lacuna no conhecimento científico, que apenas sugere o desenvolvimento de propostas preventivas com famílias de crianças e adolescentes, com o intuito de reduzir a frequência desses comportamentos e a possibilidade de desenvolvimento de sintomas.

Especificamente em relação à alimentação, constatou-se que mães mais preocupadas com seu próprio peso e alimentação tentam influenciar suas filhas com relação ao peso e alimentação, induzindo-as a adotarem comportamentos de restrição alimentar (Blissett & Haycraft, 2011; Francis & Birch, 2005; Keery et al., 2005; Sherkow et al., 2009). A insatisfação é delegada aos jovens, por meio de palavras ou atitudes ambivalentes em relação ao alimento.

As mães foram destacadas em alguns estudos como uma das principais fontes de suporte para as filhas com TA. Marcos e Cantero (2009) avaliaram a dimensão do apoio social percebido e recebido por 98 pacientes com TA do sexo feminino. Conforme o esperado, a maioria das pacientes considerou a mãe como maior provedora de suporte. A mãe era quem as acompanhava, na maior parte do tempo, durante as consultas, exames e internações. Por outro lado, o relacionamento mãe-filha era muitas vezes conflituoso, conforme evidenciado em inúmeros estudos da área.

Dois dos estudos analisados avaliaram a influência dos irmãos na sintomatologia do TA. Eles podem atuar como influências negativas quando tecem comentários provocativos a respeito do peso/aparência da irmã acometida, disparando ou intensificando conflitos familiares preexistentes (Honey, Clarke, Halse, Kohn, & Madden, 2006; Keery et al., 2005). Os irmãos também podem exercer influência positiva, pois muitas vezes são vistos como exemplo a ser seguido pela irmã diagnosticada com AN, uma vez que, na presença dos mesmos, elas passavam a perceber melhor a gravidade de seu quadro clínico, comparativamente. Os irmãos adultos auxiliam suas irmãs ao confrontarem seus pensamentos afastados da realidade, expressando suas preocupações e opiniões, e encorajando-as a se tratarem (Honey et al., 2006).

Um achado importante é que dois estudos (Field et al., 2008; Keery et al., 2005), refutaram a hipótese de que comentários negativos ou implicâncias com o peso de adolescentes do sexo feminino por parte das mães estariam associados ao desenvolvimento de TA. Porém, comentários críticos por parte dos pais do sexo masculino estão associados a efeitos negativos nas adolescentes (Field et al., 2008), bem como comentários emitidos por familiares do sexo masculino (pais e irmãos) (Keery et al., 2005). Nas famílias em que o pai é quem provoca a filha com comentários pejorativos, mostrou-se muito mais provável que haja um irmão provocador, evidenciando um padrão de transmissão intergeracional do comportamento paterno. O pai e o irmão mais velho, considerados modelos de interação “heterossocial”, geram os principais resultados negativos para as garotas suscetíveis ao TA. Sugere-se o desenvolvimento de programas preventivos em relação a esses comportamentos

(Keery et al., 2005). Outros fatores de risco apontados para garotas são: a exposição às mensagens da mídia, a tentativa da adolescente de parecer-se com alguma figura que desfruta de alta visibilidade nos meios de comunicação de massa, e histórico materno de TA (Field et al., 2008).

No mesmo sentido, foram conduzidas pesquisas que buscaram avaliar os comentários (críticas) de familiares em relação ao peso e/ou aparência das adolescentes. Os resultados mostram que pessoas, sobretudo mulheres, que são alvo frequente de comentários pejorativos sobre seu peso, por parte de suas mães, têm maior probabilidade de desenvolverem sintomas de TA e se mostram mais insatisfeitas com sua autoimagem (Cooley et al., 2007; Eisenberg, Berge, Fulkerson, & Newmark-Sztainer, 2012; Francis & Birch, 2005; Hanna & Band, 2006).

Estudos analisados apontam que mães insatisfeitas com sua autoimagem corporal (por apresentarem sobrepeso, desejo de emagrecer, distorção da imagem corporal), e/ou com sintomas na esfera do comportamento alimentar (restrição ou descontrole) têm filhas mais insatisfeitas com seus próprios corpos, o que aumenta as chances de desenvolvimento de TA (Anschutz et al., 2009; Benninghoven et al., 2007; Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2007; Jacobi et al. 2008). Os resultados obtidos evidenciam que a gravidade da sintomatologia da mãe tem influência direta na gravidade dos sintomas da filha (Cooley et al., 2007). É possível perceber que a insatisfação da mãe pode ter intenso impacto em seus filhos, porém não foram encontrados estudos que buscaram investigar as percepções das causas que os participantes (mães e filhos) atribuem a esse fenômeno de transmissão psíquica.

Em outro estudo sobre satisfação/insatisfação corporal, Troisi et al. (2006) relacionaram a insatisfação com o corpo em mulheres com TA à ansiedade de separação e relacionamentos baseados em vínculos inseguros. Também foi identificado o medo em relação à rejeição e possível abandono pelo outro, combinado com uma autoimagem negativa.

Examinando as relações entre sintomas de TA nos pais e suas interações com os filhos na alimentação, encontrou-se que as mães que manifestaram maiores níveis de insatisfação corporal, juntamente com pais que apresentaram maiores níveis de sintomas bulímicos, evidenciaram mais práticas de restrição da alimentação dos filhos (Blisset & Haycraft, 2011). Este estudo é inovador, pois avalia também os sintomas dos pais, e não apenas das mães, sugerindo que tais também podem influenciar o comportamento alimentar dos filhos. Quando o pai se mostrava insatisfeito com o próprio corpo, a mãe pressionava mais o filho para comer. Já quando a mãe estava insatisfeita com o próprio corpo, evidenciava práticas alimentares confusas no contato com os filhos, ora pressionando-os para comer, ora restringindo-lhes a alimentação. Essas mães parecem enviar mensagens confusas a seus filhos

quanto ao alimento, que podem internalizar tais vivências e futuramente desenvolver sintomas de TA, já que as crianças exibem comportamentos alimentares mal adaptados, sugerindo uma transmissão psíquica entre as gerações (Blissett, & Haycraft, 2011).

Tomiyama e Mann (2008) realizaram um estudo em que avaliaram fatores culturais, tanto familiares como individuais, e suas relações com o desenvolvimento do TA. Os autores encontraram que uma intensa proximidade nas interações familiares estava associada ao desenvolvimento do TA. Essa estreita proximidade, muitas vezes patológica, foi comparada a uma interdependência familiar de caráter cultural, que não é associada à psicopatologia.

Outro estudo relacionado ao funcionamento familiar buscou determinar a natureza da angústia familiar em famílias de garotas com AN, comparando-as com famílias de adolescentes saudáveis e com as de garotas com doença crônica (diabetes *mellitus* tipo 1). Mães de adolescentes com AN, quando comparadas com mães de garotas saudáveis, foram percebidas como estimuladoras do conflito familiar, com senso de autoeficácia reduzido, insatisfação e aliança em declínio com o pai da paciente, além de apresentar sintomas de depressão e ansiedade (Sim et al., 2009). As famílias investigadas, embora envoltas em profunda dor e sentimentos de aflição, mostraram-se fortes e com proximidade afetiva entre seus membros. Os autores evidenciaram as dificuldades emocionais próprias das mães de garotas com um transtorno mental como o TA, de modo que o sofrimento das filhas expunha dificuldades mais amplas encontradas no funcionamento familiar. Essa investigação concluiu pela necessidade de implementar intervenções familiares no tratamento da AN, alinhando-se às recomendações de diversos estudos como Canetti et al. (2008), Latzer, Lavee e Gal, (2009), Marcos e Cantero (2009), Tomiyama e Mann (2008).

Estudo de Rowa, Kerig e Geller (2001) postulou que uma das variáveis que podem influenciar no desenvolvimento do TA em determinado grupo familiar é a dissolução de fronteiras individuais, que pode levar os indivíduos à perda de diferenciação e individuação no grupo. Mulheres com AN demonstraram ter mais problemas no estabelecimento de vínculos com pais e mães do que as mulheres do grupo controle, confirmando os achados da literatura da área. As autoras apontam que essa problemática não é específica da AN, mas pode estar associada, nesse caso, aos afetos negativos e depressivos característicos dos TA. As mulheres com AN também demonstraram sensações de serem invadidas e não respeitadas em seus limites, o que confirma, de maneira quantitativa, os pressupostos teóricos do estudo de Lawrence (2002). No que diz respeito ao comportamento alimentar da família, Fernández-Aranda et al. (2006) encontraram que a tendência ao desenvolvimento de TA foi reduzida em famílias que tinham o hábito de tomar o café da manhã em conjunto, e elevada quando havia

consumo de guloseimas e de comidas preparadas especialmente para o participante do estudo, quando criança, e também quando associada à intensidade do valor que o pai atribuía ao alimento.

Três estudos analisados apontaram padrões de transmissão de comportamentos e sintomas em três gerações: avós, pais e filhos (Ahrén-Moonga, 2008; Canetti et al., 2008; Fernández-Aranda et al., 2006).

Dois estudos apontam que a família deveria fazer refeições conjuntas frequentemente, o que pode ajudar os filhos (crianças e adolescentes) a desenvolverem atitudes e pensamentos mais saudáveis em relação à alimentação, além de significar um importante momento de convivência familiar (Férrandez Aranda et al., 2006; Franko et al., 2008).

Outros fatores encontrados como relacionados ao desenvolvimento do TA foram: ser integrante de família numerosa e conviver com os avós em casa. Este último fator pode estar relacionado a um estilo inadequado de alimentação dos avós voltado para os netos, em alguns casos permissivo em demasia e, em outros, rígido e inflexível (Férrandez-Aranda et al., 2006).

Ao focalizar a relação mãe-filha e o desenvolvimento do TA, Sopezki e Vaz (2008) destacaram a importância desse vínculo no estabelecimento da autoestima da filha. Adolescentes com elevada autoestima valorizam suas competências pessoais e demonstram capacidade de lidar com desafios, com o desconhecido, enquanto que adolescentes com baixa autoestima tendem a ser mais sensíveis às críticas que lhe são dirigidas. No caso de meninas com TA, tal achado corrobora os dados obtidos por Hanna e Band (2006) e Cooley et al. (2007), mencionados anteriormente. Essas adolescentes mostram-se mais inseguras e vulneráveis emocionalmente (Sopezki & Vaz, 2008).

Ao avaliar se filhos (bebês) de mulheres diagnosticadas com TA tem dificuldades alimentares no início da vida, considerando os sintomas de TA da mãe, seus níveis de ansiedade e depressão, Micali, Simonoff, Stahl e Treasure (2011) observaram que sintomas de TA ativos durante o período de gravidez e histórico prolongado da doença da mãe aumentam o risco de problemas alimentares do bebê, que pode ocasionar baixo peso e outros problemas no desenvolvimento. Níveis maiores de ansiedade e de sintomas depressivos também aumentam tal risco.

Latzer, Lavee e Gal (2009) relataram resultados de um estudo no qual avaliaram as relações familiares comparando as relações entre qualidade do relacionamento conjugal, relação pais-filhos e gravidade de sintomas sugestivos de perturbação no comportamento alimentar em famílias de pacientes com TA e em famílias controle. As primeiras

evidenciaram maiores níveis de angústia no relacionamento conjugal e relações pais-filhas menos favoráveis, associados à gravidade dos sintomas. O casal parental e a filha com TA perceberam o relacionamento conjugal como mais infeliz, quando comparado com o grupo controle. Os pais se mostraram mais controladores com suas filhas, limitando sua autonomia e encorajando menos o desenvolvimento de seus recursos pessoais.

Partindo do pressuposto da psicanalista Hilde Bruch de que relações de apego intenso entre mãe e filha teriam influências no desenvolvimento dos TAs, Ward et al. (2001) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de avaliar o apego entre pacientes com AN e suas mães. Os resultados confirmaram as hipóteses iniciais, apontando que pacientes com AN mantêm relações de apego inseguro, assim como a maioria das mães entrevistadas. Foram encontrados altos níveis de traumas relacionados a perdas de pessoas queridas, principalmente entre as mães, com evidência de significativos níveis de estresse psicológico. Os autores sugerem que outros pesquisadores busquem compreender em profundidade a história das famílias, de modo que se possa entender melhor os meandros das relações entre sucessivas gerações (Ward et al., 2001).

Lawrence (2002) tentou explorar, a partir de uma abordagem psicanalítica, a relação entre aspectos relativos à feminilidade e o desenvolvimento da AN. Na perspectiva psicanalítica, entende-se que os pais devem ser continentes em relação às projeções e angústias dos filhos. Quando isso não acontece, os filhos reintrojetam suas ansiedades, sem possibilidade de elaboração psíquica, o que sugere que pacientes com AN estão sujeitas a situações e sensações relacionadas à presença de um objeto interno intrusivo. Para ilustrar suas idéias, a autora apresenta cinco casos clínicos de situações em que pacientes com AN vivenciaram, de maneira real ou no plano da fantasia, situações precoces de intrusão. Os estudos de caso sugerem que essas pacientes experimentam medo de relacionamentos, de estar em contato íntimo com o outro, que é sempre sentido como invasor. A relação com a mãe ora é sentida como intrusiva, ora mergulhada em uma vivência de intensa simbiose, com perda total dos limites egóicos, como se dividissem a mesma pele, sendo que a mãe não consegue auxiliar no processo de elaboração das angústias arcaicas da filha. Nesse sentido, o laço primitivo entre mãe e filha permanece inquebrável, dificultando a diferenciação que promove o desenvolvimento e a individuação. Enquanto isso se processa, os pais são vivenciados como figuras ausentes, física ou emocionalmente distantes.

Buscando explorar os significados atribuídos pela família à recusa alimentar de uma paciente diagnosticada com AN havia seis anos, Chan e Ma (2002) analisaram oito sessões videogravadas de terapia familiar. As análises apontam que a paciente tenta disciplinar seu

próprio corpo (magro, desnutrido), privando-o de alimentos e controlando a fome, como uma maneira de punir sua família (exigente e castradora), trazendo-lhes preocupações e tristezas. A paciente, que sempre se dedicou a exercer as responsabilidades da família (tanto no contexto dos negócios familiares, como no lar), tenta livrar-se do controle dos pais, em busca de demarcar seu próprio domínio, de conquistar sua autonomia.

No presente estudo de revisão destacou-se o predomínio de investigações quantitativas, com pouca referência aos elementos de transmissão psíquica entre gerações. Duas pesquisas de delineamento qualitativo encontraram que as dificuldades alimentares são transmitidas entre as gerações, perseverando um padrão de relação negativa com o alimento. Pais e mães tentaram, em vão, proteger os filhos de suas dificuldades emocionais e mostraram preocupações em relação a não serem capazes de expressar seus sentimentos (Dallos & Denford, 2008; Sherkow et al., 2009). Nesse contexto relacional são fomentados segredos familiares, especialmente relacionados aos sintomas alimentares da mãe, que são transmitidos aos filhos (Sherkow et al., 2009).

Sherkow et al., (2009) apresentaram três estudos de caso com mães diagnosticadas com TA e seus filhos, usuários de um serviço de enfermagem terapêutica especializado, para ilustrar a questão da transmissão psíquica entre gerações. Valendo-se do referencial teórico psicanalítico para o desenvolvimento do estudo, as autoras advogam que a psicanálise oferece uma base para se pensar a questão da transmissão do TA de uma geração para outra, mediante a integração de narrativas pessoais. Tal transmissão pode ocorrer tanto em nível de comportamento e aprendizagem, como em um nível intrapsíquico, consciente e inconsciente. A mãe é o objeto primário com quem a criança se identifica, podendo transmitir seus comportamentos manifestos em relação à alimentação e ao alimento, mas também seu funcionamento psicodinâmico, que tem influência no desenvolvimento dos sintomas. A criança, que tem sua própria capacidade de elaborar tais transmissões, pode se identificar com tais representações e internalizá-las, assumindo como sua a herança materna (Sherkow et al., 2009).

As referidas autoras exploraram os segredos dessas mães em relação ao TA, coletaram dados sobre a amamentação dos filhos, padrões alimentares da família, comportamentos da mãe ao alimentar seu filho e as respostas deste, as brincadeiras durante as sessões, a intrusividade nas relações. Esses dados foram obtidos por meio da história pessoal e das sessões de grupo videogravadas. Sobre essas observações, as autoras delinearam teorias que mostram a transmissão tanto dos comportamentos manifestos em relação à alimentação, como do funcionamento psíquico latente e das respostas emocionais. As mães não se mostraram

capazes de tolerar a agressão dos filhos, mostrando-se ora extremamente permissivas, ora extremamente punitivas. Além disso, demonstravam muitas dificuldades em comprar e preparar os alimentos, bem como de sentar-se à mesa para compartilhar uma refeição em família. As díades mães-filhos tinham dificuldade em diferenciar sensações de fome e saciedade, confundindo suas necessidades. Os filhos se identificavam com os comportamentos e funcionamento psicodinâmico de suas mães, reproduzindo-os. As mães, por sua vez, recebiam, desde o nascimento dos filhos, que eles crescessem e exibissem os mesmos comportamentos relacionados à alimentação (Sherkow et al., 2009).

2.2 Síntese da revisão integrativa

Esta revisão da literatura permitiu identificar as evidências científicas acerca das relações familiares e do relacionamento estabelecido entre gerações no contexto de vida de pessoas diagnosticadas com TA. Do ponto de vista do método, a maioria dos estudos revisados é de abordagem quantitativa, apresenta nível de evidência moderado e utiliza escalas e questionários como instrumentos de medida, abrangendo grandes amostras. A maioria dos artigos selecionados foi publicada em periódicos internacionais. Artigos nacionais investigam, em algum nível, a relação entre gerações, mas este não é o principal foco dos estudos. Pode-se afirmar, ainda, que a temática vem ganhando espaço no cenário científico, e uma parcela dos artigos publicados aponta a necessidade de condução de novos estudos, que permitam ampliar a compreensão do fenômeno investigado.

Os resultados permitem destacar que os relacionamentos familiares exercem impacto significativo no desenvolvimento e na manutenção de sintomas de TA. Foram encontradas evidências de que padrões relacionados à alimentação e ao alimento são transmitidos entre as gerações, bem como aspectos não elaborados do funcionamento psíquico materno. A maioria dos estudos revisados aponta a influência que as mães, e em alguns casos o casal parental, exercem no desenvolvimento de sintomas relacionados ao comportamento alimentar das filhas. Apesar das evidências apresentadas, parece haver poucas propostas de medidas estratégicas com finalidade preventiva ou psicoprofilática.

Um dos estudos buscou prover apoio empírico para uma hipótese psicanalítica, utilizando escalas e análises quantitativas. Apenas um estudo analisou três gerações de famílias. O estudo de Sherkow et al. (2009) parece ser o que mais se aproxima da abordagem

proposta na presente investigação, porém não utiliza o mesmo referencial teórico e segue uma fundamentação metodológica diferente (observação de interações mães-filhos em situações de grupo terapêutico).

Nesse sentido, comparado ao que vem sendo publicado no campo dos aspectos familiares envolvidos na AN, o presente estudo propõe uma linha de investigação diferente, já que é de metodologia qualitativa, utiliza entrevistas em profundidade como instrumento e tem como delineamento estudos de caso múltiplos de diferentes grupos familiares. Alguns dos estudos revisados fazem ressalva quanto à amostragem pequena, quando não é possível confirmar as hipóteses, o que torna os resultados inconclusivos. Inserido em um paradigma qualitativista, o presente estudo não se propõe a generalizar hipóteses e resultados, mas compreender em profundidade as histórias familiares, o que aparece como sugestão de novos estudos em alguns dos artigos analisados na revisão empreendida.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

O referencial teórico-conceitual que orienta o presente estudo é a psicanálise, mais especificamente a teoria da transmissão psíquica transgeracional (Eiguer, 1985, 1998). Essa teoria delinea um campo de forças psíquicas inconscientes, que é resultado do trabalho reiterado de sucessivas gerações. Eiguer (1985) apresenta uma nova concepção sobre o grupo familiar, na qual os psiquismos individuais juntos formam um coletivo: o organizador inconsciente da vida familiar. Desse modo, pode-se dizer que a organização familiar é composta por indivíduos que, em grupo, apresentam um funcionamento psíquico inconsciente diferente de seu funcionamento isolado. Segundo o referido autor, o organizador em questão tem impacto direto na consolidação de vínculos estabelecidos dentro do grupo familiar.

De acordo com Correa (2000), é possível identificar no grupo a produção e circulação de fantasias, que podem ser diversificadas ao longo dos processos de desenvolvimento do grupo, e que consolidam a base para o agrupamento familiar. Para ilustrar essa ideia, a autora utiliza a fantasia de fusão, que colabora para o fortalecimento do sentimento de pertença. Se a fantasia acontece de forma defensiva em relação à diferenciação necessária dos membros entre si e de seus papéis, pode originar perturbações intra e intersubjetivas. A família é entendida como um espaço simbólico, no qual fluem as representações e perpassam angústias, medos, fantasmas e fantasias de cada um dos membros do grupo (Figueiras et al., 2007).

Na família contemporânea travam-se batalhas entre o conhecido (tradicional) e o novo (moderno), restando profunda nostalgia em torno do “santuário perdido” da família, que pertenciam a uma tradição que é, a todo o tempo, reinventada no processo de transmissão de valores, crenças e estilos de vida (Giddens, 2003). A família contemporânea se destaca pelo fim (ou declínio) da autoridade do pai, o conseqüente poder ilimitado materno e a ameaça de extinção das diferenças (Roudinesco, 2003).

Eiguer (1995) delinea **três organizadores psíquicos da vida familiar**, cujo objetivo é estruturar os vínculos familiares. Os organizadores apresentam aspectos inconscientes específicos: a escolha do objeto (ou escolha do parceiro), o eu familiar (ou o si familiar) e os fantasmas partilhados ou interfantasmática. O organizador sustenta o segredo da vida psíquica familiar, permitindo que os membros se sintam unidos, vivenciando um ilusório clima ausente de conflitos.

O primeiro organizador correspondente à **escolha do objeto** e acontece no momento do encontro amoroso. A escolha é feita a partir do modelo de um ou outro dos objetos infantis dos parceiros, ocorrendo um estreitamento dos vínculos libidinais de objeto. Em relação à

constituição do mundo interior do grupo familiar, o complexo de Édipo de cada parceiro atua neste organizador (Eiguer, 1985). Isso ocorre porque o organizador tem como base a dinâmica edipiana sublimada, a qual se origina na interdição imposta ao relacionamento estabelecido entre pais e filhos. A criança está totalmente exposta à maneira como o casal parental se relaciona, em seus aspectos conscientes e inconscientes (Ribeiro, 2011). Nesse sentido, é função da família preparar o indivíduo para o investimento em outro vínculo, exogâmico, a partir daquele estabelecido originalmente com o casal parental (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005).

Quando um casal concebe uma criança, é estruturado um novo grupo familiar, que será vivido pelas gerações que sobrevirão. Esse cenário atua como sustentação da entrada do sujeito na história, o que gera vivências de ser amado e reconhecido em seu núcleo familiar de origem. Tal família já traz consigo conteúdos de gerações anteriores às suas, portanto, a criança é alvo de expectativas tanto de seus pais como das gerações que a precederam (Bertin & Passos, 2003). A chegada da criança modifica o casal, transformando-o em família. São, então, articuladas diversas dinâmicas econômicas que organizam os vínculos entre os membros da família (Correa, 2000)

Assim, pode-se dizer que a escolha do parceiro em uma relação amorosa acontece, inconscientemente, junto a um alívio econômico concomitante a um mecanismo de defesa. Os parceiros entrecruzam objetos inconscientes, de forma que a relação se estabelece na descoberta de um parceiro que é também correspondente ao resultado do amor infantil. Essa escolha dá forma e contorno à organização inconsciente da família, à interação entre os cônjuges e entre pais e filhos (Eiguer, 1985).

Nesse sentido, Ribeiro (2011) diz que: “Se no inconsciente do casal parental sobressair a fertilidade da união entre sexos, a criança estará exposta a um ambiente psíquico favorável para a construção de um eu capaz de realizações satisfatórias, portanto parciais e suficientes” (pág. 145). Assim, o casal parental é um dos grandes responsáveis pelas vivências de satisfação/insatisfação transmitidas ao filho, de maneira inconsciente.

O segundo organizador inconsciente da vida familiar é denominado pelo autor de **eu familiar**. Ele pode ser compreendido como resultante de um investimento libidinal de cada membro da família, que por meio de um sentimento de pertença permite reconhecê-lo como uma continuidade, dentro de uma dimensão espaço-temporal, sobre a qual o grupo familiar estrutura suas relações interiores, definindo o que é, ou não, mundo familiar (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005). Esse segundo organizador é composto por três componentes: o sentimento de pertença, o habitat interior e o ideal do ego familiar.

O sentimento de pertença concerne ao conjunto de sentimentos que cada membro da família vivencia em relação ao grupo com um todo. Reúne os sentimentos de cada indivíduo em relação à família. No caso de famílias psicóticas, o sentimento de pertença pode ser frágil ou mecanizado. Tais sentimentos condizem com percepções inconscientes provocadas pelo reconhecimento das reações dos demais membros do grupo diante de determinado dizer ou agir (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005).

O componente denominado de *habitat* interior é edificado no inconsciente grupal, tornando-se uma representação partilhada, que é base do reconhecimento grupal. Corresponde a um espaço entendido por cada um dos membros da família na relação estabelecida com o outro. É a imagem corporal do “corpo familiar”. O grupo familiar sofre constante ameaça de desmembramento. Para aliviar este temor, investe-se num espaço concreto que contenha o grupo: o lar (Eiguer, 1985).

O terceiro componente do eu familiar, que corresponde ao ideal do ego familiar, supõe o encontro entre os ideais pessoais dos membros da família, o que difere do ideal de ego de cada indivíduo inserido no grupo, e permite uma busca familiar de satisfação de pulsões, projetando e delineando planos, bem como estratégias para sua realização. Remete ao futuro, enquanto o sentimento de pertença e o *habitat* interior têm como premissa o passado. Trata-se de uma representação da perfeição imaginária familiar, projeto de progressos e realizações, fundamentais para a estabilidade do grupo.

O terceiro organizador inconsciente da vida familiar é a **interfantasmáticação**, considerada como “o ponto de encontro dos fantasmas individuais de cada membro, costurados pela história de seu conteúdo e significados, e que são projetados pelas fantasias na dinâmica intersubjetiva” (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005, p. 41). De acordo com Eiguer (1985), refere-se ao desenvolvimento de um espaço transicional de intercâmbios, humor, criatividade e de relatos de histórias pessoais e de seus ancestrais. A interfantasmáticação familiar designa o desejo ou a fantasia da mãe ou do pai em relação à criança, e também as fantasias vinculadas à linhagem e à comunidade, mobilizadas pela identificação primária. Traduz um movimento de retornar ao recalçado.

O fantasma se manifesta, inicialmente, na constituição do psiquismo, no momento da união e encontro do casal. O fantasma é o fator que liga as representações conscientes, pré-conscientes e inconscientes, apontando o conteúdo recalçado. O autor define duas instâncias para a ocorrência da interfantasmáticação. A primeira é denominada de dupla oscilação, na qual o fantasma originário é responsável pela manutenção de um determinado relacionamento. Neste caso, o mesmo está intimamente ligado à vivência edípica, evocando

fantasmas referentes à castração e à sedução. A segunda instância refere-se à interfantasmática como fonte de conflitos e criatividade. Nesse sentido, a forma com a qual a família lida com a ilusão ou desilusão conjunta poderá determinar a coesão do grupo (Eiguer, 1985).

Tais representações transgeracionais pertencem ao universo de objetos inconscientes, organizados a partir da escolha sexual, ou seja, do primeiro organizador familiar, estando projetadas no contexto dos vínculos libidinais de objeto. Assim, cada membro da família relaciona-se com o outro de acordo com o modelo objetal dessas representações. As representações têm papel estruturador na família e, no mesmo sentido, podem, em outros momentos, dar origem a dificuldades (Eiguer, 1995), quando há risco de desistência de manter o investimento libidinal.

Na construção de uma nova família, Almeida (2010) destaca o cruzamento das genealogias paterna e materna, que colocam em marcha tanto identificações como contraidentificações. Esse processo mobiliza forças intensas de amor e ódio, que se aglutinam em torno do que é aceito e também do que é denegado e escamoteado, não sendo possível controlar aquilo que se transmite.

No que concerne à transgeracionalidade, de acordo com Kães (2001) e Benghozi (2010), o que é mobilizado por via transgeracional é o que foi transmitido psiquicamente sem ser devidamente simbolizado, o que impossibilita sua reelaboração posterior, tanto pela família, quanto pelo indivíduo.

Eventos traumáticos podem ser transmitidos se não elaborados pelo aparelho psíquico familiar. A família se congela, ou então se desorganiza em torno de tais eventos, não conseguindo se adequar a maneiras saudáveis de vinculação, havendo a repetição, nem sempre igual ao evento traumático, mas algumas vezes distorcido ou acentuado (Puget, 2000).

O fenômeno de transmissão psíquica transgeracional dá identidade à família e delinea seu funcionamento. Wagner e Falcke (2004) diferenciam os termos transgeracionalidade, intergeracionalidade e multigeracionalidade. O primeiro diz respeito a conteúdos que atravessam gerações, perpetuando-se. O segundo sugere uma transmissão recíproca, de passagem de conteúdos. O termo multigeracionalidade trata do envolvimento de mais de uma geração, sem necessariamente haver uma conexão entre elas.

A família é resultado do interjogo entre depositante, depositado e depositário, sendo que o depositado está relacionado aos afetos, sentimentos, fantasias e conflitos que cada membro da família (na condição de depositante), projeta em cada outro membro (depositário). Assim, não há um paciente “sintomático”, mas sim um funcionamento dinâmico que acontece e envolve toda a

família. A pessoa que adoece é aquela quem denuncia o conflito familiar a ser desvendado e elaborado por todo o grupo familiar. Segundo essa concepção, o filho repete a história não simbolizada da figura parental com quem se identifica, em uma tentativa de elaborar o que não pôde ser elaborado pelas gerações anteriores (Soifer, 1980).

A família de paciente psiquiátrico (anoréxico, psicótico, toxicômano) busca tratamento sem a consciência do real problema do membro acometido. Envoltos numa atividade fantasmática, os familiares não apresentam distinção entre funções, papéis, sexos e gerações. Vivem um funcionamento ilusório, onipotente e sem percepção de conflitos, evidenciado uma tendência à uniformização dos membros (Ruffiot, 1981)

De acordo com Natenshon (2001), os transtornos alimentares tornam-se, dentro do grupo familiar, um segredo que todos sabem que existe, mas não sentem liberdade para buscar compreendê-lo. As questões emocionais que perpassam o TA atravessam gerações e emergem em sintomas clínicos.

Frente a essas premissas, pode-se interrogar: como funcionaria a transmissão psíquica geracional nas famílias de pessoas com AN? Que valores, expectativas, experiências, mitos e heranças familiares são transmitidos de mãe para o(a) filho(a)? E tal mãe, por sua vez, que conteúdos teria herdado das gerações que lhe antecederam? E como se inscreveriam os cuidados maternos ao longo das gerações? Qual o lugar assumido por esses cuidados na gênese dos sintomas de AN?

2 JUSTIFICATIVA

Compreender os sentidos de uma doença, ou transtorno mental, atribuídos pelo grupo familiar, permite entender a função do adoecimento enquanto condição de unir os laços materno, paterno e fraterno entre os membros (Lisboa, 2006). A erradicação do sintoma psíquico depende da possibilidade de elaboração da herança psíquica, que às vezes se encontra impregnada por um fantasma geracional sepultado em um dos cônjuges (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005). A transgeracionalidade é compreendida enquanto fenômeno mantido por intensas e profundas forças emocionais, e apenas no contexto das relações familiares (nucleares e extensas) é possível compreender e identificar esse fluxo emocional, bem como os padrões de relacionamento mantidos e transmitidos de uma geração a outra (Vasconcelos, 2007).

Este estudo justifica-se pela escassez de pesquisas que visem a conhecer as heranças psíquicas transmitidas no contexto familiar de pacientes com AN, de modo a elucidar como os fenômenos transgeracionais podem influenciar no percurso do TA. O propósito é contribuir para o planejamento de intervenções e programas de assistência psicológica, bem como refinar estratégias de prevenção e promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral investigar, por meio de estudos de casos múltiplos, a transmissão psíquica em três gerações de famílias, considerando a presença de AN na geração mais nova (avó, mãe, paciente).

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- (1) analisar as relações que permeiam as díades mãe-filho (de avó para mãe, e desta para o filho acometido pela AN) e identificar elementos problemáticos que permeiam as relações familiares;
- (2) identificar e compreender a percepção e transmissão dos cuidados maternos;
- (3) compreender os significados atribuídos à alimentação e ao corpo;
- (4) investigar possíveis relações entre fenômenos transgeracionais e o desenvolvimento da AN.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal, dentro de um enfoque qualitativo de pesquisa, embasado no referencial teórico da psicanálise. Optou-se pela adoção dessa estratégia teórico-metodológica por se entender que ela é apropriada para alcançar os objetivos propostos. A pesquisa em psicanálise exige do pesquisador flexibilidade e leveza, de modo a aprimorar a compreensão do objeto de estudo, captando a dinâmica inconsciente do grupo como um todo. Assim, a pesquisa psicanalítica parte de pressupostos teóricos e epistemológicos precisos, porém está sempre sensível e permeável a novos fatos (Trinca, 2002), os conceitos psicanalíticos precisam estar em movimento para fazerem sentido. A pesquisa em psicanálise busca preservar esse dinamismo, unindo teoria e dados que podem ser interpretados, dando-lhes uma dimensão explicativa (Herrmann, 2001).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador atribuir significados a um determinado fenômeno, de maneira compreensiva-interpretativa. Esse delineamento de pesquisa vem ganhando espaço no campo científico da saúde, inclusive entre profissionais da área médica, com o intuito de se obter melhor compreensão da história de vida dos usuários dos serviços de saúde. Não há uma busca por estudar o fenômeno em si, mas sim ressignificá-lo de acordo com a população investigada, tentando compreender a dimensão do processo saúde-doença-tratamento (Stake, 2011; Turato, 2005).

O pesquisador que opta pelo delineamento qualitativo deve buscar compreender as experiências e vivências de seus entrevistados, bem como os diferentes significados atribuídos a essas experiências, considerando sua individualidade e subjetividade. É-lhe exigida uma postura de envolvimento pessoal, para que o participante sinta-se à vontade para partilhar suas vivências (Minayo, 2012; Stake, 2011).

O estudo de caso é uma investigação concentrada em um único caso, com função de compreender em profundidade características importantes de acontecimentos da vida real (Stake, 2000; Yin, 2009). O desenho do presente pesquisa é de estudos de casos múltiplos, ou seja, são incluídos vários casos. Tal trajetória metodológica permite a avaliação de características (in)comuns entre os casos, aqui definidos por cada unidade familiar, que será estudada separadamente (Stake, 2000).

O caso a ser estudado é sempre um fenômeno complexo e tem seus aspectos únicos, sendo o pesquisador quem decide quanto às idiossincrasias do caso que devem ser focalizadas, uma vez que são inesgotáveis as possibilidades de exploração. Por outro lado, é preciso ter em mente que o caso sempre excede o que podemos contar dele. O pesquisador que opta pelo estudo de caso deve ser observador e sempre ponderar suas impressões junto aos dados coletados, em um movimento constantemente reflexivo. É ele quem conta a “história” do caso escolhido e os leitores podem se deparar com verdadeiros *insights* sobre a condição humana (Stake, 2000).

Os estudos de casos múltiplos se propõe a investigar em profundidade um determinado tema e se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, expectativas, crenças, valores e atitudes de indivíduos ou grupos vulneráveis, onde os limites entre o fenômeno estudado e seu contexto não são claramente definidos (Minayo, 1994; Yin, 2009).

A estratégia metodológica do estudo de caso busca compreender fenômenos complexos contemporâneos, que não têm possibilidade de manipulação de comportamentos ou outros aspectos. Seu principal meio de coleta de dados é a observação e as entrevistas (Yin, 2009). O presente estudo preocupa-se em analisar o fenômeno psíquico da transmissão psíquica transgeracional em seis unidades familiares.

O pesquisador que opta pelo estudo de caso deve ser capaz de: fazer questionamentos adequados e interpretá-los; ser bom ouvinte – adaptável e flexível – com condição de despir-se de seus preconceitos e ideologias ao deparar-se com novas idéias; ter clara noção do que vêm sendo estudado sobre o tema selecionado; e estar atento a provas contraditórias que emergem ao longo da pesquisa (Yin, 2009).

Optou-se pela análise de três gerações, pois esta é considerada a unidade mínima para uma análise geracional eficiente (Bowen, 1979). Essa unidade tem o intuito de compreensão do fenômeno de transmissão psíquica com maior amplitude e abrangência, e não apenas por uma leitura fragmentada, que pode diminuir a complexidade das relações humanas (Scantamburlo, Moré, & Crepaldi, 2012).

4.2 Caracterização do campo de pesquisa

O presente estudo tem como contexto o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo, criado em 1982, e conhecido no cenário nacional como o primeiro grupo multidisciplinar de atendimento aos transtornos do comportamento alimentar. Fazem parte desta equipe: médicos nutrólogos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e estagiários do curso de graduação em Psicologia e Nutrição (Dos Santos, 2006).

O GRATA oferece aos pacientes atendimento individual e em grupos (Grupo Informativo-Nutricional e Grupo de Apoio Psicológico), além de grupos para os cuidadores familiares que acompanham os pacientes em seus retornos ambulatoriais (Grupo Informativo e Grupo de Apoio Psicológico).

A experiência de atuação profissional da pesquisadora no serviço permitiu uma aproximação formal ao cenário do estudo, sendo possível observar como a pesquisa poderia ser conduzida, dentro das possibilidades e limitações do serviço e da equipe multidisciplinar. Tal contato inicial proporcionou, conforme sugerido por Minayo (2012), o levantamento de novos questionamentos e olhares para os dados coletados.

4.3 Participantes

A amostra foi intencional, ou seja, constituída segundo critérios de conveniência. Foram incluídos todos os pacientes que estavam em atendimento no serviço no período de coleta de dados, decorridos entre agosto de 2011 e fevereiro de 2013, que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico confirmado de AN (subtipo restritivo ou purgativo); ter mãe e avó materna disponíveis para participação no estudo, formalizando sua concordância por meio da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C). Foram definidos como critérios de exclusão: impossibilidade de acesso à cadeia intergeracional, devido à perda por morte de um dos componentes (mãe ou avó materna), ou por sua inacessibilidade à pesquisa; o fato de algum participante em potencial não apresentar as condições mínimas necessárias para desempenhar a tarefa, tanto em termos cognitivos (indício de rebaixamento no nível intelectual) como clínicos (presença de quadro grave de doença orgânica ou psiquiátrica, ou ainda deficiência auditiva ou de comunicação que inviabilizassem a realização da entrevista).

Participaram do estudo seis pacientes do GRATA e suas respectivas mães e avós maternas. A idade dos participantes variou de 13 a 87 anos. Os nomes e sobrenomes dos

participantes foram substituídos por nomes fictícios, com o objetivo de preservar suas identidades.

Caso 1: Família Monteiro. Por ocasião da coleta de dados Caroline, 26 anos, estava em seguimento no GRATA havia um mês e apresentava as seguintes medidas antropométricas: 1,60 m, 43,5 kg e índice de massa corporal - IMC equivalente a 16,99 kg/m². Esse IMC é considerado abaixo da normalidade, que se estende de 18,5 a 25,0. Seu diagnóstico é de AN subtipo restritivo em comorbidade com Transtorno de Personalidade *Borderline*. A mãe de Caroline, Maria, tinha 46 anos e trabalhava como cozinheira em um grande restaurante. A avó, dona Elizabeth, tinha 82 anos e morava com uma das filhas. Ela e Maria eram evangélicas.

Caso 2: Família Assis. Por ocasião da coleta de dados, Isabel, 18 anos, estava em seguimento no GRATA havia, aproximadamente, cinco anos e tinha as seguintes medidas antropométricas: 1,57 m, 54,4 kg e IMC igual a 21,93 kg/m² – classificado como dentro da faixa de normalidade. Seu diagnóstico é de AN subtipo restritivo, acompanhado de traços de personalidade *borderline*. Isabel era considerada, pela equipe multiprofissional, como caso com boa evolução clínica. Sua mãe Rita tinha 45 anos, era “do lar” e fazia salgadinhos e bolos para vender e complementar a renda familiar. A avó, dona Auxiliadora, tinha 82 anos e era católica “fervorosa”, assim como sua filha e sua neta.

Caso 3: Família Azevedo. Por ocasião da coleta de dados, Mabel, 25 anos, estava em seguimento no GRATA havia um ano, e tinha as seguintes medidas antropométricas: 1,60 m, 53,4kg e IMC igual a 20,85 kg/m² classificado como dentro da faixa de normalidade. Tem diagnóstico de AN subtipo purgativo e Transtorno de Personalidade *Borderline*. Sua mãe, Alba, tinha 51 anos, trabalhava como cozinheira e seguia a religião católica. A avó, dona Carmosina, tinha 87 anos.

Caso 4: Família Sampaio. Por ocasião da coleta de dados, Catarina, 29 anos, estava em seguimento no GRATA havia um ano, e tinha as seguintes medidas antropométricas: 1,68 m, 49 kg, e IMC igual a 17,37 kg/m². Tem diagnóstico de AN subtipo purgativo, em comorbidade com Transtorno de Personalidade *Borderline* com traços antissociais, dependência à benzodiazepínico e uso nocivo de álcool. Sua mãe Amparo tinha 52 anos e era aposentada do trabalho de cozinheira de uma indústria. A avó, dona Noêmia, tinha 84 anos.

Caso 5: Família Fontana. Por ocasião da coleta de dados, Vivian, 13 anos, estava em seguimento no GRATA havia seis meses, e tinha as seguintes medidas antropométricas: 1,38 m, 36,7 kg e IMC igual a 19,1 kg/m², considerado saudável para sua idade. Para crianças e adolescentes, o IMC também é comparado com a idade para ser considerado dentro ou fora da

faixa de normalidade. Tem diagnóstico de AN subtipo restritivo, Episódio Depressivo remitido e síndrome de Turner¹. Sua mãe, Gisele, tinha 45 anos e trabalhava na área de educação. A avó, dona Vânia, tinha 73 anos e era aposentada.

Caso 6: Família Miranda. Por ocasião da coleta de dados, Júlio, 15 anos, estava em seguimento no GRATA havia dois meses, e tinha as seguintes medidas antropométricas; 1,63 m, 35,9 kg, e IMC igual a 13,5 kg/m². Tem diagnóstico de AN subtipo restritivo, traços impulsivos de personalidade, Episódio Depressivo remitido e Transtorno de Ansiedade Generalizada remitido. Sua mãe, Júlia, tinha 42 anos e trabalhava no comércio, em negócio próprio em sociedade com sua mãe. A avó, dona Leonora, tinha 68 anos e também trabalhava no comércio.

4.4 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados roteiros de entrevistas semiestruturadas (Apêndices E, F e G).

A coleta foi desenvolvida em duas partes: (1) levantamento dos dados sociodemográficos (nome, idade, escolaridade, estado civil, profissão/ocupação, religião) e (2) coleta de dados relativos à situação familiar durante os estágios de desenvolvimento dos filhos, experiências e vivências passadas e atuais, qualidade e funcionalidade dos vínculos familiares, sentimentos e percepções acerca da alimentação e significados atribuídos ao TA.

A entrevista é a mais antiga e poderosa ferramenta para se entender o ser humano. Seu foco é compreender melhor o que, com quem, ou como as pessoas vivem. O contexto em que a entrevista acontece deve favorecer a interação (Fontana & Frey, 2000). É necessário escolher um local apropriado para que a entrevista aconteça, que favoreça o participante a sentir-se livre para se expor, bem como a postura do entrevistador também deve auxiliar nesse movimento de abertura.

O principal instrumento escolhido para alcançar os objetivos traçados é a entrevista semiestruturada, pois permite o aprofundamento em determinados tópicos de interesse da pesquisa. Essa modalidade de coleta de dados implica em compor um roteiro de perguntas elaboradas de forma a atender os objetivos da investigação, adotando uma formulação

¹ A síndrome de Turner será caracterizada na descrição de Vivian, nos resultados da Família Fontana.

flexível, de modo que a sucessão das questões e os detalhes deverão ficar por conta do fio do discurso das participantes e da dinâmica da entrevista (Minayo, 1994). O pesquisador tem ampla liberdade para perguntar ou intervir no curso da entrevista, com possibilidade de aprofundar algum ponto do discurso do participante que lhe pareça mais importante para alcançar os objetivos do estudo, ou então para melhor compreensão do que está sendo relatado. Ao propiciar uma escuta atenta, continente e empática ao entrevistado, o pesquisador pode oferecer-lhe apoio psicológico e oportunidade de reflexão sobre seu contexto de vida.

Os roteiros semiestruturados (para paciente, mãe e avó) foram elaborados especialmente para atender os objetivos do presente estudo e consistem de questões consideradas relevantes para investigar os padrões de relações familiares e identificar os conteúdos transmitidos entre as gerações. As questões foram elaboradas a partir dos conhecimentos encontrados na literatura da área, no referencial teórico adotado e da experiência de 10 anos do orientador do estudo, como pesquisador e psicoterapeuta responsável pela assistência direta e semanal a pacientes com TA.

4.5 Procedimento

4.5.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2011 e fevereiro de 2013. Pacientes e mães foram abordados na data do retorno ambulatorial e convidados a participarem da pesquisa. As avós foram abordadas de modo informal, por meio de um familiar (as mães participantes). Havendo anuência por parte delas, a pesquisadora entrava em contato para o agendamento da entrevista. Nessa oportunidade foram explicados formalmente os objetivos do estudo. Antes de iniciar as entrevistas, foi solicitado que cada participante assinasse o TCLE em duas vias, sendo uma entregue ao participante.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em situação face a face, em sala reservada da instituição hospitalar, com condições adequadas de conforto e privacidade. No caso específico das avós, as entrevistas foram realizadas na casa da família, com exceção de uma participante, conforme combinado previamente com as senhoras e respeitando-se a conveniência da entrevistada. Foram audiogravadas, mediante anuência dos participantes,

para assegurar maior fidedignidade e objetividade dos relatos transcritos. Nas gravações ficaram registradas a linguagem falada, com a entonação e intensidade das verbalizações, o que, posteriormente, auxiliou a análise dos dados.

4.5.2 Análise dos dados

As entrevistas audiogravadas, realizadas no primeiro momento da coleta de dados, foram transcritas na íntegra e literalmente, respeitando a sequência e a forma como foram expressas as falas. O material coligido constitui o *corpus* da pesquisa, que possibilitou o trabalho de análise e interpretação.

Esse material foi submetido à Análise de Conteúdo na modalidade temática (Bogdan & Biklen, 1994), que visa a ultrapassar os conteúdos manifestos até atingir os conteúdos latentes dos relatos. Os dados foram organizados em categorias e subcategorias, levando-se em conta a regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo dos relatos. Para tanto, foram seguidos os passos metodológicos recomendados pela literatura (Triviños, 1987):

(1) *Pré-análise* (leituras exaustivas, organização do material e sistematização de ideias e eixos estruturantes);

(2) *Descrição analítica* (categorização de dados em unidades de registros, a partir da similaridade dos conteúdos);

(3) *Interpretação referencial* (tratamento de dados e interpretações dos significados dos conteúdos temáticos com base no referencial teórico assumido pela pesquisadora).

Nessa última etapa foi realizada a análise interpretativa parcial do material, concomitantemente pela pesquisadora e pelo orientador do estudo. A interpretação não exige apenas a descrição dos dados, mas uma compreensão empática, além da reflexão baseada na teoria adotada como referencial, comparando as interpretações atuais com as já existentes na literatura científica. Há uma busca por padrões, significados comuns e inconsistências (Stake, 2011). Considera-se que a experiência clínica da pesquisadora e de seu orientador também foram elementos essenciais na interpretação do material coligido.

A interpretação, baseada essencialmente na compreensão, permite a elaboração dos dados coletados e deve ir além dos sentidos já atribuídos pelos participantes (Minayo, 2012). Os pontos em concordância e que estiveram relacionados com os objetivos do estudo foram considerados para a discussão. A análise buscou elucidar como cada participante vivencia e

compreende seus relacionamentos familiares, suas experiências afetivas e suas concepções, valores, crenças, atitudes, recursos e motivações, que são transmitidos entre as gerações. As entrevistas foram analisadas de acordo com o referencial teórico já apresentado.

A análise dos resultados foi feita de acordo com cada unidade familiar. As categorias temáticas foram apresentadas em cada caso, elaboradas em um recorte que focalizou as três gerações, ou seja, concentrando os relatos de avó, mãe e filha para o mesmo tema. Esse procedimento de análise possibilitou preservar a compreensão dos dados de acordo com a singularidade de cada unidade familiar, apresentando o fenômeno de transmissão psíquica transgeracional.

4.5.3 Considerações éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-FFCLRP-USP), de acordo com o processo nº 567/2011 – 2011.1.1035.59.5 (Anexo A). A coleta e análise dos dados foram conduzidas de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996). As participantes assinaram os TCLEs, que formalizaram sua anuência com a pesquisa, ressaltando-se o caráter voluntário de sua participação e a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, sem que houvesse represália ou prejuízo para a continuidade do atendimento no serviço, seja para a paciente ou para seus familiares. No caso de participantes menores de 18 anos foi utilizado um termo específico, assinado pelos pais ou responsáveis legais, além do TCLE firmado pelo paciente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados obtidos emergiram as seguintes categorias temáticas: “fatos marcantes da infância”; “fatos marcantes da adolescência”; “relacionamento com os pais”; “desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas”; “a religiosidade”; “relação mãe-filha(o)”; “as vivências do corpo e a alimentação”; “os cuidados maternos percebidos e transmitidos”; “transmissão da feminilidade” e “anorexia nervosa”.

A apresentação dos casos será feita de acordo com cada unidade familiar. Para imprimir maior clareza à exposição dos resultados, em um primeiro momento serão apresentados brevemente os dados correspondentes a cada participante da família analisada. Então serão apresentadas as categorias, que compreendem os relatos da avó, da mãe e da filha, evidenciando as diferenças e similitudes entre as gerações. Concluída a exploração das categorias em cada universo familiar, será apresentada uma síntese integrativa, na qual se buscou articular os pontos de convergência e divergência encontrados nos casos investigadas (Minayo, 2012), amarrando esses aspectos com o marco teórico adotado.

Categoria 1: *Fatos marcantes da infância*

Nessa categoria serão destacadas as experiências marcantes da infância relatadas pelas(os) participantes.

Categoria 2: *Fatos marcantes da adolescência*

Nessa categoria serão abordados aspectos relevantes das vivências das(os) entrevistadas(os) no período da adolescência e juventude.

Categoria 3: *Relacionamento com os pais*

Essa categoria circunscreve as vivências acerca dos relacionamentos das(os) participantes com seus pais (casal parental).

Categoria 4: *O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas*

Essa categoria abrange a trajetória do amadurecimento afetivo-sexual, compreendendo os relacionamentos amorosos das participantes, principalmente no que tange aos parceiros escolhidos e às múltiplas expressões da afetividade/sexualidade.

Subcategorias

- O marido tem um relacionamento extraconjugal: essa subcategoria aflorou nos relatos da avó Elizabeth Monteiro, e das mães: Maria Monteiro e Amparo Sampaio.
- Relacionamentos emocionalmente distantes: essa subcategoria emergiu na fala da paciente Caroline Monteiro.

Categoria 5: *Relação mãe-filha(o)*

Nessa categoria será incluído o modo como cada participante se relaciona (ou se relacionou) com sua mãe e, no caso de mãe e avó, como estas se relacionam com seus respectivos filhos.

Categoria 6: *As vivências do corpo e a alimentação*

Essa categoria diz respeito às vivências e percepções que as(os) participantes têm de seus corpos, bem como à história familiar referente à alimentação e aos momentos das refeições.

Categoria 7: A religiosidade

Essa categoria diz respeito ao significado que a religiosidade adquire na Família Assis e nas vivências de dona Noêmia Sampaio (avó).

Categoria 8: Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Essa categoria explora como todas(os) as(os) participantes receberam os cuidados de suas próprias mães, e como transmitiram esses cuidados, quando tiveram que exercer a maternagem.

Categoria 9: A transmissão da feminilidade

Essa categoria engloba os aspectos concernentes à feminilidade, dentro da vivência de cada uma delas de “o que é ser mulher”.

Categoria 10: A anorexia nervosa

Essa categoria compreende as vivências que, na perspectiva das(os) participantes, foram facilitadoras (ou que estão relacionadas) ao desenvolvimento da AN, assim como as mudanças percebidas após o diagnóstico e início do tratamento.

Na sequência, serão apresentados e analisados, de forma pormenorizada, os resultados referentes às Famílias Monteiro, Assis, Azevedo, Sampaio, Fontana e Miranda, obtidos a partir dos depoimentos das avós maternas, das mães e dos filhos com AN. Cada participante da família será apresentada brevemente, então serão apresentadas as categorias temáticas, e os relatos de cada participante para tal categoria. Quando for o caso, serão apresentadas as subcategorias (sublinhadas) no texto. Excertos de fala serão utilizados para ilustrar as categorias encontradas, conferindo maior legibilidade à análise empírica.

Família Monteiro

Elizabeth, a avó: *“com aquilo na cabeça”*

Maria, a mãe: *“um amor diferente”, “sinto que ela [filha] está vazando pelos meus dedos”*

Caroline, a filha: *“eu estou sempre perdendo a minha mãe”*

Dona Elizabeth, 82 anos, é mãe de Maria (46 anos) e avó materna de Caroline (26 anos). Atualmente, mora com uma das filhas, o genro e a neta. Agendamos a entrevista em sua residência, levando em consideração sua dificuldade em locomover-se até o Hospital das Clínicas, onde aconteceram as entrevistas com Maria e Caroline. Dona Elizabeth parecia me aguardar com muita ansiedade para o encontro e mostrou-se alegre por ter uma companhia para conversar, já que a maior parte do tempo fica só, enquanto os outros integrantes da família trabalham. Ela vestia saia na altura do joelho, blusa estampada e um lenço florido amarrado na cabeça, o que prontamente me suscitou a associação com uma imagem caricata de uma senhorinha italiana.

Em relação à constituição familiar, dona Elizabeth teve quatro filhos (dois homens, seguidos de duas mulheres, com idades que variam de 41 a 55 anos) e 10 netos. Mal iniciamos nossa conversa e dona Elizabeth me disse sentir-se muito triste, já que perdera um filho havia cerca de um ano. Esse filho morreu em decorrência de cirrose hepática. Ele estava morando com ela havia alguns anos, após separar-se da mulher. Por conta dessa perda, dona Elizabeth teve que se mudar da outra cidade em que residia para a casa da filha, onde mora atualmente, o que a entristeceu ainda mais.

Maria, 46 anos, é a terceira filha de dona Elizabeth. É casada e tem três filhas, com 26 (Caroline), 23 e 18 anos. Atualmente, trabalha como cozinheira em um grande restaurante. Maria veste camiseta lilás, saia *jeans* na altura dos joelhos e sapatos. Seus cabelos estão presos e são bem grisalhos. Quando ela declara sua idade chamou-me a atenção, pois aparentava ser bem mais velha. Enquanto conversamos, hipotetizo que sua aparência precocemente envelhecida seja expressão do sofrimento que marcou sua vida, em muitas etapas do ciclo vital.

Caroline, 26 anos, é a filha mais velha de Maria. Atualmente trabalha como operadora de *telemarketing* em uma empresa, mas está afastada em decorrência do agravamento do quadro de TA, que envolve ainda uma comorbidade psiquiátrica (transtorno de personalidade do tipo *borderline*), considerada grave. Antes de entrarmos na sala para a entrevista, percebo

que Caroline tem uma extensa tatuagem nas costas, porém não consigo identificar o desenho. Soube depois que se trata de um dragão, ladeado por borboletas que voam em torno de flores. Caroline é uma moça bonita, tem um belo sorriso. Seu corpo mostra as marcas precoces do sofrimento, estampando a dor interna na fragilidade da superfície exterior. Ao olhá-la de perto, tenho a impressão de que braços delgados e ossos proeminentes traduziam uma estrutura psíquica precária. Um corpo cativo em uma mente regredida.

Fatos marcantes da infância

Dona Elizabeth só parece guardar boas lembranças, pois apenas relata vivências positivas. Conta que teve uma boa infância na roça, ao lado de seus pais e de nove irmãos. Dona Elizabeth traz um relato comovente de sua infância e adolescência, permeadas por trabalho árduo e pesado, que unia crianças e adultos da família em torno de tarefas estafantes. O envolvimento exaustivo com essas tarefas, próprias do mundo adulto, tornavam crianças e adultos muito próximos na convivência diária, ao compartilharem dessas funções, mas também indistintos, como se não houvesse um lugar demarcado em que se pudesse “ser criança”. Desse modo, os limites entre os universos infantil e adulto se entremeavam.

Nas narrativas da infância de Dona Elizabeth estão ausentes brincadeiras, tempo ocioso e escola. Os cuidados que os adultos dispensavam às crianças se reduziam à dimensão da satisfação de necessidades físicas, concretas, em detrimento dos aspectos emocionais. Nesse universo tosco, marcado pela concretude e pela necessidade de garantir o próprio sustento, a faina diária da família busca tão somente assegurar a sobrevivência de “muitas bocas” que precisavam ser alimentadas. Era uma época difícil, salienta dona Elizabeth, e uma família de poucos recursos materiais, na qual havia pouco espaço para a expansão da fantasia e da imaginação criativa.

Maria, por sua vez, teve uma infância marcada pelo sofrimento nas vivências com seu pai, que era alcoolista. Ela saía para comprar bebidas para ele; sua mãe, enfurecida, quebrava as garrafas, depois Maria saía novamente, para adquirir mais garrafas a pedido do pai. Surgem na fala de Maria conflitos familiares não mencionados por dona Elizabeth. Maria conta que sua experiência mais marcante enquanto criança foi ter uma irmã (por parte de pai) fora do casamento de seus pais, situação que ela não aceitou e que a levou a jamais perdoar o pai. Além disso, os significados atribuídos por ela ao modo de ser do pai, seu funcionamento psíquico instável e o provável alcoolismo, que eram causadores de desavenças entre ele e a esposa e turbulência na vida familiar, constituem a tessitura de um não-dito familiar, evidenciando os fantasmas individuais, a circulação de fantasias no grupo familiar, segundo Eguier (1985).

Sobre as lembranças que Caroline tem de sua infância, ela conta que “não foi muito agradável”. Diz que seu pai era alcoolista, o que lhe evoca lembranças tristes de quando ele chegava em casa alcoolizado e sua mãe brigava com ele. Caroline conta que se lembra muito das cenas de brigas e das agressões verbais entre seus pais:

Poucas vezes eu lembro de eu brincando, assim, na rua com as crianças e tal, eu sempre gostei mais de ficar em casa, por causa desses problema todo eu gostava de... eu sempre quis proteger a minha mãe. Então, eu sempre tava mais em casa, pra ver o ambiente, do que... Desde pequena. Com sete anos, eu acho, eles tavam brigando e eu entrei no meio da discussão. Aí meu pai me empurrou na parede, pegou no meu pescoço, uma coisa que eu nunca vou esquecer. (Caroline, filha, 26 anos)

Ainda sobre a infância Caroline relata que viveu situações de agressão física também por parte de sua mãe. É possível observar nitidamente a diferença de percepção que ambas tem de tais acontecimentos. Caroline conta que era espancada pela mãe, que descontava nela a raiva que sentia do marido. Segundo Caroline, ela apanhava porque era a filha mais velha, já que a irmã pequena não aguentaria “as fúrias da mãe”. Em outra via, a mãe destaca que bateu na filha algumas vezes, porém sem dar seriedade aos fatos.

Caroline refere – assim como também emergiu no relato de sua mãe – que na infância era o “xodó” de seu pai, e que continuou a desfrutar dessa posição privilegiada por seis anos, até o nascimento de sua irmã do meio:

Eu tenho lembrança de sair com o pai, ver campo de futebol, passear. Depois que ela nasceu, que eu fui crescendo, ele se distanciou, então eu tinha muito ciúme dela. Aí a nossa relação já ficou meio estremeçada, acho que desde que ela nasceu, porque ela meio que roubou o meu lugar em casa, que eu era a única. Aí teve que dividir tudo, nem tudo podia e tal. (Caroline, filha, 26 anos)

Caroline vivenciou a expansão do núcleo familiar, com a chegada da segunda filha, como usurpação de seu lugar de filha única. Mais do que isso, sentiu que esse foi o marco divisor de águas em sua relação privilegiada com o pai, pois deixou de ter sua proteção e companhia em passeios. Isso parece ter reforçado as vivências de abandono e exclusão.

Fatos marcantes da adolescência

A avó, dona Elizabeth, ainda traz relatos de experiências positivas, sem a tessitura de fatos que a marcaram. Já Maria conta que sofreu muito com o controle coercitivo de seu irmão, que não a deixava sair para se divertir. Por isso se casou cedo. O mesmo termo,

“diferente”, utilizado por dona Elizabeth, é empregado por Maria para caracterizar seu marido, porém ela parece dar ao “diferente” um novo significado, positivo.

Caroline conta que, na época de sua adolescência, seu avô materno foi morar com sua família, pois sofrera um derrame cerebral e sua avó também estava enfrentando problemas de saúde, que a impossibilitavam de ajudá-lo. Ela conta que seu avô não aceitava o casamento de seus pais, já que seu pai era negro e a mãe, branca. Em consequência desses preconceitos, o avô também não aceitava as netas, mostrando-se, muitas vezes, indiferente a elas.

Aí a minha mãe, nessa época, teve que largar o emprego dela pra cuidar do meu avô, porque ninguém quis cuidar dele, né, dos outros filhos. E aí era uma bagunça a minha casa. Aí eu perdi o meu espaço, porque o meu avô ficou no quarto que era meu e da minha irmã, e a minha irmã era pequenininha e dormia com os meus pais, por causa dele. Então eu acabei ficando sem lugar, eu e a minha irmã, a gente dormia na sala. E era muito complicado, porque o meu avô sugava muito a minha mãe, então a gente perdeu a mãe, de novo, né. A gente tava sempre, eu estou sempre perdendo a minha mãe, eu falo. Porque a atenção da minha mãe tava sempre perdendo. (Caroline, filha, 26 anos)

A sensação predominante na infância era de que o espaço vital, que já era exíguo, tornou-se ainda mais escasso com a introdução do avô, na adolescência. Este, fisicamente fragilizado, disputava com as netas a atenção e os cuidados da mãe, na percepção de Caroline (“*Aí eu perdi o meu espaço*”). Maria passou a desempenhar o papel de cuidadora do pai, que até então ficara a cargo de Dona Elizabeth. Caroline considera que a sobrecarga de cuidados deixava a mãe extenuada e sem energias para se dedicar aos cuidados das próprias filhas (“*Meu avô sugava muito a minha mãe, então a gente perdeu a mãe, de novo*”).

O saldo dessas mudanças na dinâmica familiar é significado como “perda”. Há um déficit de cuidados, que novamente é produzido pelo ingresso de mais um membro familiar, que frustra as expectativas de exclusividade mantidas por Caroline. Mais uma vez ela se sentiu desamparada, destituída de seu lugar de filha (“*Eu acabei ficando sem lugar*”). Uma filha que necessitava intensamente de cuidados maternos. Desse modo, perpetua-se uma espiral de frustrações.

Ainda sobre a adolescência, Caroline conta que, quando estava com cerca de 18 anos, sonhou que sua mãe estava doente. A fantasia de morte quase se materializa com o diagnóstico de câncer da mãe e surgem fantasmas individuais. Caroline sente-se culpada pela doença da mãe, como se seu sonho fosse o causador do desastre – ou, antes, o denunciador de um velado desejo de morte da mãe. A irmã mais nova não podia se aproximar da mãe na época, pois fantasiava que a encontraria morta, assim como Maria encontrara seu pai morto.

Após alguns meses da cirurgia a qual Maria se submeteu como parte de seu tratamento contra o câncer, seu marido sai de casa, sem que a família soubesse o exato motivo. Para

completar a carga dramática, na época a família passava por complicada situação financeira. Caroline conta que a mãe, então, se desesperou:

No dia que ele saiu de casa a minha mãe fez a maior confusão, queimou todas as roupas dele, saiu de casa falando que também ia embora e não sei o quê... E aí ficou eu, minha irmã e minha vó em casa, naquele desespero, né. Porque perdendo o pai num dia e a mãe também... Porque a minha mãe ficou transtornada... Aí ela saiu de casa, ficou andando, falando que ia se matar e tava muito deprimida, muito deprimida, eu pensei que ela ia morrer dessa vez. Eu falei: “mãe, você não morreu por causa de um câncer, vai morrer por causa do meu pai?” Eu não achava justo aquilo, eu não achava justo com a minha mãe, de novo ela estar numa situação tão difícil, né? (Caroline, filha, 26 anos)

Tal situação difícil não foi relatada no discurso de Maria, que trouxe apenas o sofrimento que sentiu com a saída do marido do lar. Caroline conta que seu pai foi morar com “uma prostituta”, que na época tinha 18 anos, mesma idade que ela, o que foi uma decepção, “a maior decepção da minha vida”.

De acordo com a interfantasmática familiar, proposta por Eiguer (1985), designada pelo desejo ou fantasia do pai ou da mãe em relação ao filho, Caroline relata que o pai gostaria de ter um filho homem, o que evidentemente não vingou:

Apesar dele ter todo o problema dele, apesar da gente ter todas as diferenças, ele sempre foi... eu sempre quis que ele tivesse orgulho de mim. Eu sempre fui boa aluna, sempre quis fazer as coisas pra provar pra ele que... Meu pai sempre quis ter um filho homem e não teve nenhum. Então ele, a minha mãe sempre conta que, quando ela tava grávida de mim, ele falava com a barriga, né, como se fosse menino. Então, quando eu nasci, foi meio decepcionante pra ele, porque ele achava que era menino, então eu sempre quis fazer as coisas pro meu pai, provando pra ele que eu poderia fazer tudo que um menino poderia fazer. (Caroline, filha, 26 anos)

Ainda sobre sua adolescência/juventude, Caroline conta que, por essa época, começou a se isolar, defendendo-se das constantes brigas. Os conflitos e sentimentos não podiam ser conversados na vida em família. Caroline ouvia as brigas dos pais do portão da casa e chorava às escondidas. Em sua percepção, ela foi acumulando os fatos tristes em sua vida, o que culminou, atualmente, na sua “doença”.

Relacionamento com os pais

Para dona Elizabeth, assim como as lembranças a respeito da infância e adolescência, essas vivências mostraram-se, nos relatos, marcadas por afetos positivos:

Me dava muito bem com meus pais, com meu pai, com a minha mãe, meus irmãos, nunca teve nada, graças a Deus, uma família tudo honesta, nunca teve, assim, coisa diferente... (Elizabeth, avó, 82 anos)

Dona Elizabeth não relata episódios concretos de suas experiências com os pais, apenas que tinham um bom relacionamento, sem desgostos, mágoas e “*coisas diferentes*”.

Maria parece ter sido eleita como a filha a quem o pai incumbia de trazer para dentro do lar aquilo (a bebida) que se configuraria como o pivô das brigas constantes entre pai e mãe. A situação triangular que se constitui tem um nítido colorido edípico, ao reforçar o vínculo filha-pai marcado pela cumplicidade, que por sua vez suscitava a ira e o descontrole emocional da mãe. Por outro lado, logo se dá a quebra do encantamento da relação idílica entre a filha e o pai, quando esta descobre a traição conjugal que resulta em uma outra irmã, filha *bastarda*, potencial rival de Maria junto à preferência da atenção do pai.

Enquanto isso, Caroline conta que, praticamente, não se relacionava com os pais, que estavam mais preocupados em cuidar de si próprios, enquanto ela e a irmã do meio se sentiam “*deixadas de lado*”. Tal situação ilustra a precariedade do sentimento de pertença, tal como concebido por Eigner (1995), bem como a base frágil sobre a qual se ancorou o desenvolvimento emocional. Caroline sentia-se como pessoa não pertencente ao grupo familiar. Portanto, suas fantasias em relação ao contexto familiar eram de exclusão, na medida em que não se sentiam reconhecidas pelos demais membros e, assim, não tiveram suas necessidades afetivas legitimadas e confirmadas (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005). Assim, não pode fazer das recordações do período da infância um lugar seguro. Por outro lado, ela se manteve claramente aliançada com uma das figuras parentais (a mãe), subvertendo a hierarquia do sistema filial e se posicionando ao lado da mãe, vista como fragilizada, contra a figura paterna.

Ainda sobre a relação pai-filha, ao falar do pai, na situação em que ele saiu de casa, Caroline diz que ele “*matou a mãe*” ao abandonar a família. Quando os pais reataram o relacionamento e o pai voltou a viver na casa da família, Caroline diz que não suportou. Primeiramente, sugeriu que a mãe escolhesse entre ela e o marido, depois optou por sair de casa e morar em outra cidade, na casa de parentes. Pensando no conflito edípico, que parece permear intensamente as relações da família Monteiro, Caroline também não aceitou ser abandonada por uma rival de sua idade, repetindo o sentimento de abandono que sentira quando nasceu a irmã do meio, que desbancou seu lugar de única criança (filha) da família.

Caroline conta das dificuldades que ainda sente em se perceber como membro de seu grupo familiar: ora perde seu espaço, ora perde a atenção que desejava. Pensando em um dos

componentes do segundo organizador familiar proposto por Eiguier (1995), o *habitat* interior, entendido como relacionado a um lugar construído por cada um dos membros da família na relação com o outro e concretizado no espaço geográfico do lar, Caroline mostra, mais uma vez, suas fantasias de não pertencimento à família. O espaço geográfico (lar) atua como inibidor de um iminente desmembramento do grupo, temor sentido de modo permanente por Caroline.

Surgem em seus relatos fantasias e sentimentos recorrentes de estar cuidando da mãe, em uma clara inversão dos papéis parentais e filiais, enquanto que, na verdade, ela se ressentia por não ter quem cuide de si. A filha se posiciona como a suposta cuidadora da mãe, mas na realidade “perdeu” precocemente sua mãe-cuidadora quando esta teve depressão após a morte do avô, ou ainda quando esta teve câncer, ou então quando foi abandonada pelo marido. As reiteradas experiências de desligamento precoce do vínculo, ainda que momentâneas, sem ter alcançado a dimensão de rompimentos, justifica a expressão melancólica: “*eu estou sempre perdendo a minha mãe*”, proferida para conotar seu profundo desalento frente à descontinuidade do investimento materno.

O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas

Dona Elizabeth conta que conheceu seu marido trabalhando na lavoura, namoraram cerca de um ano e depois se casaram. Depois de dois ou três meses de namoro, ela soube que seu marido procurava e “saía” com uma antiga namorada, enquanto dona Elizabeth ficava em casa. Quando o casal já havia se casado e tinha tido os dois primeiros filhos, o marido teve um relacionamento extraconjugal, saiu de casa e foi morar com essa namorada, com quem teve uma filha. Após um tempo separados, tentou reatar com dona Elizabeth, que o aceitou de volta. Ele, então, voltou para casa, segundo ela, depois de lhe infligir muito sofrimento. O casal e os dois filhos mudaram-se para a cidade em que morava a mãe de dona Elizabeth, e depois tiveram mais duas filhas. Dona Elizabeth afirma que esta foi a única crise enfrentada no casamento, mas que, quando tinham outras brigas, ela se calava e chorava, muitas vezes às escondidas. No relacionamento conjugal não havia espaço para conversas sobre conflitos e sentimentos.

Ela engravidou sete vezes, mas teve apenas quatro bebês. Os partos foram normais e sem intercorrências, mas cerca de 20 dias após o nascimento, dona Elizabeth tinha hemorragia e precisava ir ao hospital para fazer curetagem. Ela amamentou todos os filhos, mas as duas meninas (incluindo Maria) “*já estavam grandes*” quando parou de amamentá-las.

Ao falar de suas relações amorosas, Maria destaca que se casou aos 18 anos e que não teve adolescência, pois casou na melhor fase da vida. Quando conheceu seu marido, seus

familiares foram contra o relacionamento, pois o rapaz era negro. Em certa ocasião, o irmão de Maria (já mencionado enquanto quem controlava os passos da jovem) encontrou-os juntos e tentou agredir a irmã, porém o namorado não permitiu. Os dois fugiram juntos para outra cidade e lá ficaram por uma semana. Quando voltaram, foram morar na casa dos pais do namorado de Maria. Depois de quatro meses os dois estavam casados, pois o pai de Maria disse que, como haviam fugido juntos, deveriam se casar. Maria conta que fugiu com o namorado, pois tinha medo de “ficar falada” na pequena cidade ou de “acontecer alguma coisa”. Não fica claro, apesar de Maria dizer que se casou virgem, o que realmente aconteceu.

Maria relata que o início de seu casamento não foi bom, pois sofria muito com o ciúme doentio que sentia do marido. Há cerca de 10 anos, teve um diagnóstico de câncer no rim. Foi hospitalizada, fez cirurgia e um longo tratamento. Precisou tirar um dos rins. Nessa época tumultuada de sua vida, o marido foi embora de casa “*com uma prostituta da idade da Caroline*”. Ele havia mantido um relacionamento extraconjugal por um tempo, depois saiu de casa para morar com a amante.

Maria conta que, inicialmente, ela e as filhas não sabiam o exato motivo pelo qual o marido estava saindo de casa. Acreditavam que era por questões de dinheiro, já que a situação financeira da família estava abalada. Depois ele confessou que estava morando com outra mulher, o que fez Maria sofrer muito. Acrescenta que ele também sofreu muito, que ambos perderam 10 quilos em um mês, de tanto sofrimento, tantas lágrimas, e que as filhas ficaram muito decepcionadas com o pai, especialmente Caroline que, segundo Maria, desde pequena sempre foi o “*troféu*” do pai.

Após certo período, o marido rompeu com a amante e voltou para a casa de sua mãe. Posteriormente, procurou Maria, dizendo estar arrependido e querer voltar para casa. Ela o aceitou de volta, mas Caroline não. A filha decidiu morar na casa de parentes por um tempo, pois não perdoava a traição paterna. Assim como Maria, durante a adolescência, não perdoara o relacionamento extraconjugal de seu pai, Caroline também não se conformava com sua falta de lealdade e se encheu de raiva dele.

O casamento de dona Elizabeth era permeado por não-ditos, em que não se podia conversar abertamente sobre os conflitos vivenciados. A traição de seu marido parece não ter encontrado tempo e espaço para ser conversada e elaborada pelos integrantes da família, tornando-se um conteúdo transmitido para a outra geração em estado bruto, sem possibilidade de elaboração. Desse modo, seu poder tóxico permanece intacto, não metabolizado pelo aparelho psíquico familiar. A família de Maria repete o que aconteceu com seus pais. Os *metabólitos* psíquicos não podem ser digeridos. A situação de infidelidade torna-se um fantasma, uma sombra

que paira sobre o espaço familiar e, incólume, atravessa gerações. Para Eiguer (1985), esse fantasma se manifesta, inicialmente, na constituição do psiquismo, no momento da união e encontro do casal, ligando as representações psíquicas que cada cônjuge traz de seu passado familiar e apontando o conteúdo recalçado. O fantasma originário é responsável pela manutenção de um determinado padrão de relacionamento disfuncional. Nesse caso, o padrão de relacionamento perturbado está intimamente vinculado à vivência edípica não elaborada.

Dona Elizabeth, ao aceitar o esposo de volta em sua casa após descobrir o relacionamento extra-conjugal, muda-se com ele e os filhos para outra cidade, na tentativa de se afastar dos problemas e da possibilidade de reincidência do marido no adultério. Maria repete essa situação frente ao conflito vivenciado no relacionamento conjugal, do qual busca evadir-se, ao “fugir” da cidade em que vivia por sentir-se envergonhada por aceitar receber o marido novamente em sua casa após a humilhação sofrida:

Não, a gente veio pra cá depois que aconteceu isso [relacionamento extraconjugal do marido], que eu quis vim bora porque eu sentia vergonha, que ele voltou pra casa, eu sentia vergonha de morar com ele e todo mundo me apontar: “ele fez o que fez e eles estão juntos”. (Maria, mãe, 46 anos)

Sobre suas relações amorosas, Caroline traz uma gama de relacionamentos a distância. Cultiva uma ampla rede de amigos internautas e namorados virtuais. Segundo ela, nunca conseguiu ter um relacionamento consistente porque sempre “via” seu pai em seus namorados. Ela conta que se decepciona facilmente com as pessoas, e que então as exclui de sua vida como forma de lidar com o desapontamento e a frustração nas relações afetivas.

As relações afetivas são empobrecidas. A vida emocional é opaca e esvaziada de sentido, preenchida por fantasias e contatos precariamente estabelecidos com a realidade, em boa parte substituída pela realidade virtual das redes sociais e salas de bate papo. Desse modo, Caroline restringe sua vida amorosa ao plano dos relacionamentos fugazes, incorpóreos e idealizados. Na Internet busca puras imagens, corpos desencarnados, meros invólucros sem estofamento afetivo. Desse modo, sustenta a fantasia de manter controle sobre seu mundo interno e seus impulsos sexuais, no atravessamento da transição para a etapa de jovem adulta.

Relação mãe-filha

Na perspectiva de dona Elizabeth, a relação com a filha, Maria, aparenta ser tranquila, vivenciada de uma maneira positiva pela senhora. Ela relata não “ser chegada”

no marido de Maria, que é “muito esquisito, diferente”. Sobre Maria como mãe, dona Elizabeth relata que é uma boa mãe, porém muito nervosa, discute com as meninas, que discutem muito entre si também. Assim, aponta a vulnerabilidade emocional do grupo familiar. Ela acha que Maria cuida bem das suas filhas, associando tal cuidado a afazeres domésticos como lavar, passar e cozinhar nas horas certas, valorizando a ordem, a disciplina demonstrada na realização de tais atividades de organização dos hábitos cotidianos, não abrangendo em sua fala cuidados emocionais.

Maria conta que amamentou Caroline até os três anos e meio de idade, a segunda filha foi amamentada por três meses e a terceira, apenas por 15 dias, já que ela não tinha mais leite para oferecer-lhes. Foi Maria quem escolheu o nome de Caroline, mas o segundo nome dela foi escolhido pelo pai. Segundo Maria, a filha detesta seu segundo nome.

Do ponto de vista do vínculo com a filha, a percepção de Maria sobre Caroline é de que ela é “uma menina que sempre foi triste [...] sempre foi diferente, sempre”. Durante a infância mostrava-se como uma criança perfeccionista e não teve adolescência, pois passou por muitos sofrimentos, que a fizeram amadurecer logo. Maria conta que ela nunca teve namorado, apenas “aventuras” com rapazes estrangeiros que visitavam o país, ou relacionamentos a distância por meio da Internet. A mãe relata que a vida amorosa da filha é frustrante e que Caroline declara que nunca se casará. Ela justifica essa descrença no casamento dizendo que não aceitaria que um homem lhe fizesse o que seu pai fez com sua mãe.

Sobre a percepção que a filha tem dela como mãe, Maria afirma que Caroline a culpa por ser assim, pois apanhava muito da mãe quando era criança:

Ela fala que eu também tenho um pouco de culpa nisso, né, dela ser assim, ela fala. Ela fala que apanhou muito quando era criança e... Sei lá se eu assim, eu nunca assim julguei dela de espancar nem nada, mas eu batia bastante nela, assim, que eu era muito, até hoje sou muito nervosa, sabe? [...] Eu bati, eu cheguei a bater bastante na Caroline, assim, às vezes sem intenção pra machucar, mas cheguei a bater. Ela fala que ela apanhou muito quando ela era criança. Eu sou assim, uma mãe... ela fala que eu exijo muito dela. (Maria, mãe, 46 anos)

Sobre expectativas em relação ao futuro de Caroline, a mãe espera que ela fique boa e que tenha um amor em sua vida, já que ela (Maria) não viverá a vida toda para cuidar dela. Maria espera, ainda, que a filha consiga um bom emprego, no qual trabalhe uniformizada, como Caroline sempre quis.

Em relação a sua percepção enquanto filha, Maria julga-se uma boa filha para sua mãe Dona Elizabeth. Diz que se ressentia apenas por não ter lhe contado quando “fugiu de casa” indo morar na casa dos pais do namorado, em outra cidade. Ela relata que se sentia um pouco rebelde quando jovem e que sua mãe tinha ciúme quando ela passava algum tempo fora, na casa de amigas. Atualmente, ela sente que a mãe se identifica mais com ela, pois conversam, choram juntas e seguem a mesma religião. Maria mostra-se compreensiva, ao mesmo tempo em que se identifica com a dor e o luto recente da mãe, por perder o filho predileto, pois agora sente que sua filha lhe *está vazando pelos dedos*.

De acordo com Eiguer (1985), é possível perceber no grupo familiar a produção e identificação de fantasias, e a família tende a se voltar para si mesma a partir dessas fantasias identificadas. As relações mãe-filha parecem permeadas por sentimentos e fantasias ambivalentes. Maria se sente abandonada pela filha, enquanto esta se sente desamparada pela mãe. Maria traz percepções de cuidar de Caroline, ao passo que esta se mostra frustrada, por sentir-se incompreendida e negligenciada no atendimento de suas necessidades afetivas pela mãe, principalmente no que diz respeito à sua *doença*.

Eu fico assim, minha mãe cobra muito, minha mãe não entende a doença, ela acha que eu faço manha, ela não entende, ela briga demais comigo, ela acha que, se eu engordar um quilo, já tô curada. [...] Minha mãe, eu não sei o que aconteceu com ela, porque a minha mãe sempre me protegeu, assim, sempre quis cuidar de mim, agora parece que ela colocou uma barreira na frente dela, que ela não consegue ver que eu tô doente de verdade. Ela só vê que eu tô doente quando eu me tranco no quarto, quando ela me pega chorando, aí ela consegue, acho que perceber que eu não tô fingindo, que eu tô doente. Porque na cabeça dela, acha que eu faço isso pra chamar a atenção dela e não é. (Caroline, filha, 26 anos)

Caroline percebe-se como uma “filha-problema”, pois sente que, depois que seus pais reataram o casamento, ela é a maior causadora de conflitos no lar. Sente que perdeu o controle de tudo. A filha outrora “boa aluna” e aspirante à perfeição transformou-se naquela que só traz intranquilidade e preocupações aos pais. Caroline relata, sem disfarçar uma certa surpresa, que atualmente seu pai tem cuidado dela. Também conta que, depois que ficou doente, ela e o pai estão se reaproximando, ao passo que um movimento oposto está ocorrendo com a mãe. Caroline afirma que Maria não a ajuda, que ela pensa que está cuidando, mas Caroline sente que ela a está atrapalhando nessa fase da *doença*.

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Dona Elizabeth e Maria associam os cuidados maternos aos afazeres domésticos, ou seja, cuidados concretos com o lar, que acabam afetando diretamente a vida dos filhos, como a organização do ambiente. Apesar de Maria perceber, desde a infância de Caroline, os sofrimentos e dificuldades emocionais da filha, não se mostrou capaz de ampará-la em suas dores, que foram tomando grande espaço em sua vida. Os segredos familiares não permitiam diálogo, ocasionando uma distância afetiva entre essas mulheres.

Parece haver um intenso desencontro entre mães e filhas, sempre buscando os cuidados nunca plenamente alcançados. Quando a relação mãe-filha é frustrada em seus aspectos amorosos, mais ela é desejada e sonhada. A mãe busca resgatar com sua filha o desamor que viveu com sua própria mãe, numa tentativa de reparar a relação tão sofrida. A relação com a filha desperta a relação com a mãe originando uma demanda insaciável de atenção. É necessário que filha interrompa a identificação com a mãe (parcialmente), para que cesse a tentativa de reparação e haja a possibilidade de novos vínculos. Mãe e filha parecem viver a todo tempo o impasse identificação-separação (Ribeiro, 2011). Os cuidados maternos falhos parecem ser transmitidos entre as gerações, sem capacidade de elaboração da função materna e da vivência de um relacionamento mãe-filho diferenciado, distante da repetição.

Transmissão da feminilidade

Na Família Monteiro, é possível observar o destaque feito por essas mulheres aos cuidados com o lar e com a família, no que concerne ao feminino. Maria, por exemplo, ressentia-se que a filha não a ajuda no serviço doméstico, tão valorizado enquanto função feminina. Há também menção à feminilidade enquanto dedicação à casa, marido e filhos, no que esses necessitarem, porém sem um eficiente envolvimento emocional. As relações são pouco cuidadas, não há diálogo ou tentativa de amparar o sofrimento do outro.

A transmissão da sexualidade de mãe para filha é sempre traumática, mas também constitutiva da personalidade. A maneira como a mãe experimenta sua própria sexualidade marca o psiquismo de seu filho, desde o nascimento, em que se inicia o cuidado do bebê através do toque (Ribeiro, 2011). Caroline recebeu o feminino de sua mãe e avó com um gosto amargurado. Não sente que pode ser mulher como elas, no que condiz aos relacionamentos amorosos, diz que não aceitaria viver em tais condições (aceite da relação extra-conjugal). Assim, ausenta-se desse tipo de relação.

A psicopatologia desenvolvida por Caroline parece denunciar alguns aspectos perpetuados nessa família, no que concerne à feminilidade, pois precisou parar de trabalhar e não pode mais ajudar sua mãe nos afazeres domésticos. Também não tem desejo de se relacionar intimamente com outros homens, receando ser traída, como foram sua mãe e sua avó. Assim, ela bloqueia tudo o que diz respeito, nessa família, ao feminino, já que ser mulher está associado a cuidados com o lar e à submissão em relação a um homem infiel.

As vivências do corpo e alimentação

Dona Elizabeth relata que, na época de sua infância/adolescência, os familiares juntos plantavam os alimentos e colhiam em uma cultura de subsistência. Esse compartilhamento das diversas etapas de produção do alimento, desde o preparo da terra, semeadura, cultivo e colheita, parece ter adquirido um sentido especial para ela. Já o preparo da refeição era tarefa exclusivamente de mulheres. Dona Elizabeth e sua mãe cozinhavam:

Ent: Quem preparava as refeições na sua casa?

E: A minha mãe... eu e minha mãe. Minha mãe fazia, eu fazia, tinha dó dela, fazia, eu trabalhava muito na roça, mas eu ajudava ela também, e ela fazia, minha mãe. (Elizabeth, avó, 82 anos)

Ainda sobre a questão alimentar, ela relata não ter problemas com alimentação, pois gosta de comer de tudo, sem restrições. Em relação ao seu corpo, nunca teve desejo de emagrecer, pois relata que sempre foi magra, nunca passando de cinquenta quilos. Em sua família havia fartura de alimentos e as refeições eram feitas em conjunto. Quando estavam trabalhando na roça, a mãe ia até lá com o almoço em marmitas, todos se serviam e comiam juntos. Nota-se, assim, que não havia uma linha divisória entre o trabalho e o descanso, a pausa para as refeições era uma extensão do trabalho diário. Assim como não havia tempo livre para sonhar e fazer planos e projetos de futuro, não havia espaço para aproveitar do momento compartilhado de comensalismo. Dona Elizabeth enfatiza o fato de estarem juntos nesses momentos. O cenário evocado em suas narrativas não é a tradicional mesa posta sob o teto da casa e pais e filhos dispostos em seus lugares à mesa, como tantas vezes se vê reproduzido nas imagens-clichê de família. Não havia tempo a perder, as conversas tinham de ser breves e o alimento devia ser rapidamente consumido, pois era preciso voltar ao trabalho.

Maria relata não ter restrições quanto a alimentos preferidos nem dificuldades com relação ao seu corpo. Alega não ter ânimo para cozinhar em casa, após ter cozinhado o dia

todo no trabalho. Caroline diz à mãe que não ajuda porque está doente e a mãe rebate dizendo que ela “está doente, mas não está morta nem inválida”. Maria sente-se abandonada pela filha, já que esta, quando está em casa, fica absorta no computador, e a mãe sente falta de conversar com ela. Maria diz se identificar mais com Caroline do que com as outras filhas, talvez pelo fato de ser a mais velha e ela sempre desejar dar o melhor para a filha. Maria chama o sentimento que tem por Caroline de “um amor diferente”. Ao conversar sobre isso, lembra-se de seu irmão já falecido, dizendo que este era o preferido de sua mãe, mostrando-se enciumada com essa predileção da mãe pelo irmão.

Já Caroline conta que sua alimentação é motivo de intensa angústia. Quando sente-se ansiosa, não consegue alimentar-se e relata que, anteriormente as refeições em sua casa eram mais livres, agora a mãe prefere cozinhar arroz e feijão para todos, mesmo que Caroline não coma.

As vivências do corpo remetem Caroline à escolha dos temas de suas tatuagens, o principal consiste em desenhos de borboletas. Além da tatuagem das costas, ela ainda tem mais três em partes não-visíveis do corpo. Ela relata que sempre foi apaixonada por borboletas, mas só recentemente tem pensado no significado delas, o qual ela entende como força. Fala da borboleta enquanto criatura frágil, porém que precisa ser muito forte para que consiga sair de seu casulo e voar. Além disso, por ter uma vida breve, vive intensamente. Assumindo plenamente a identificação com o lepidóptero, Caroline sente que agora precisa fortalecer suas asas e ser uma mulher, em suas próprias palavras, *aparentemente frágil e muito forte por dentro, às vezes*. A tatuagem mais extensa é o dragão que ocupa praticamente toda a área de suas costas. Ela conta que decidiu fazê-la em um dia no qual estava muito triste e que precisava sentir a dor na própria carne para sentir-se viva.

Caroline descreve seus problemas com a alimentação como *uma válvula de escape*. Mais do que isso, é *a única coisa que ela sente ter na vida*. Fica claro que ela sente ter malogrado na vida, pois nunca teve experiências exitosas suficientemente gratificantes e duradouras que lhe permitissem fortalecer sua auto-estima ou que a fizessem estruturar um projeto de vida claramente estabelecido, a partir de seus desejos e aspirações de crescer e adquirir autonomia e identidade própria. Parece nunca ter tido algo de valoroso por que achasse que valesse a pena lutar. Por isso vai investir em um movimento anti-vida e lutar outro tipo de combate: *...é uma batalha que eu consigo vencer... contra o organismo*. As outras batalhas do processo de desenvolvimento e individuação, provavelmente, ela acredita que já perdeu.

A anorexia nervosa

Dona Elizabeth mostra-se consciente do transtorno alimentar que acomete sua neta. Demonstra ter uma compreensão de que é uma “perturbação” de origem psicológica (“nervosa”, “da cabeça”) e elabora uma representação etiológica também psicogênica ao culpabilizar o pai de Caroline pela “perturbação”:

Não, nós nunca, não conhecia, assim, sabe? Eu acho que a Caroline foi muito, assim, revoltada com o pai, né, que o pai era danado, era muito, fazia a mãe dela, desfazia muito da mãe, falava, brigava com a mãe, e ela, acho que foi ficando com aquilo, com aquilo na cabeça, e acho que é isso, acho que é por isso que ela ficou desse jeito, de ficar muito perturbada, muito nervosa, e acho que é por isso que deu isso na cabeça dela. Aí ela foi começando não querê comê, foi começando emagrecê e ficou desse jeito. Acho que ficou muito, assim, revoltada, sabe? De ver essas coisa, né? Ela ficou desse jeito, coitadinha... Eu tinha uma dó dela, que só vendo... (Elizabeth, avó, 82 anos)

Dona Elizabeth estava presente no dia em que Caroline foi internada e recebeu o diagnóstico de AN, porém disse que já havia percebido que a neta estava doente, embora não soubesse o que poderia ser, já que a família não conversou com ela abertamente sobre o TA.

Maria diz que, anteriormente, achava que o corpo magro da filha era “normal”, já que ela sempre foi magra e não comia carne. Soube que a filha tinha AN no dia em que ela desmaiou e foi levada à emergência do hospital. Demorou a perceber que a filha pouco se alimentava e que o estado de debilidade física levava ao desmaio. Conta que Caroline dorme pouco durante a noite, mas passa boa parte do dia deitada.

As mudanças introduzidas na rotina familiar parecem pouco afetar Maria. Quem acompanha Caroline em seus atendimentos é o pai ou uma das irmãs. Maria relata não participar do tratamento da filha, pois tem que se dedicar ao seu trabalho. O modo de auxiliar a filha consiste em levá-la ao supermercado e motivá-la a escolher algo para comer. Quando a filha escolhe, porém depois não come, Maria fica frustrada e nervosa, pois sente que gastou dinheiro em vão na aquisição do produto.

Após o início do tratamento da filha, Maria sente que:

Ah, mudou assim, no começo ela não comia nada, né, aí depois quando ela ficou internada, começou... eles mandavam a comida dela, era tudo batido, tudo cozido, tipo assim, pro nenenzinho que tá começando a comer de novo, né. E... agora ela come, não come igual precisa, não come muito, às vezes não come nada... mas come, toma um suco, que ela não tava nem tomando água. E também ela mudou assim muito o brilho, parece que agora ela tá com o brilho da vida de novo, que ela não tinha mais. (Maria, mãe, 46 anos)

Maria percebe que a filha voltou a cuidar da aparência, assim como está retomando a convivência com outras pessoas. Diz que a filha está cuidando da cabeça, participando do tratamento proposto pela equipe multiprofissional, para refletir no corpo.

Sobre outras possíveis dificuldades enfrentadas, Maria relata os apertos de ordem financeira, devido aos gastos com transporte para a filha poder realizar o tratamento e seu receio de que ela não consiga voltar ao trabalho, pois a família conta com a ajuda de seu salário para completar o orçamento doméstico. Por outro lado, afirma que todos da família precisam aprender – e estão aprendendo – a lidar com Caroline.

A paciente assim como sua mãe e sua avó, atribui certa parcela de culpa do surgimento da doença ao pai, por seus comportamentos pregressos em relação ao abuso de álcool, promiscuidade nas relações afetivas com mulheres e agressões à mãe. Caroline relata também uma situação em sua infância em que ela tentou agredir o pai durante uma briga dele com a mãe.

Caroline mostra-se ambivalente em relação à AN, que é motivo de frustração e, ao mesmo tempo, contentamento. A batalha contra a fome satisfaz Caroline, pois ela considera que é uma contenda que ela pode vencer. Ela ainda aponta a AN como sua *forma de querer morrer, mas não saber como se matar*. Nota-se, assim, que a AN torna-se companheira e inimiga de vida:

É uma coisa que ainda me deixa bem, que ainda me faz me sentir segura e forte, porque, como eu falei antes, é uma coisa que eu consigo... é uma batalha que eu consigo vencer... contra o organismo. É uma coisa que não faz muito sentido ainda. Ainda é uma companhia, hoje é assim que eu tô vendo a minha doença ainda, como... uma válvula de escape. É a única coisa que eu tenho, acho que hoje é isso. (Caroline, filha, 26 anos)

O sentimento de menos valia e desalento fica flagrante na expressão: “*é a única coisa que eu tenho*”, como se dissesse que é a *única coisa* que ela sente como genuína em sua personalidade, pois é uma *criação* sua, não do outro. Sobre mudanças na rotina familiar, Caroline conta que a família tem se organizado para poder acompanhá-la em seus tratamentos – ou pelo menos levá-la e buscá-la no hospital. Ela também não tem ficado sozinha em casa, sempre há alguém para lhe fazer companhia.

O transtorno alimentar foi a solução encontrada para fazer frente ao fracasso percebido nas suas competências para ser alguém dotado de identidade própria e autonomia. Estar doente é atrair novamente o olhar do pai perdido na infância, recuperar algo importante que perdera em algum momento do passado, o sentimento de ser única e querida, mas também é

um modo engenhoso de velar o mundo interno esvaziado de objetos bons e reconfortantes, anestesiando o que não pode ser resolvido – ou seja, a AN é uma espécie de *tatuagem* superficial que ela se aplicou para se evadir de uma dor maior ainda e mais profunda. Ao manter rígido controle sobre os impulsos mais básicos – sexualidade, fome – sente que, pelo menos nesse plano, consegue controlar algo em seu universo psíquico caótico e desertificado. O dragão permanece insatisfeito, convivendo com a delicadeza das frágeis e diáfanas borboletas. Uma séria distorção da personalidade parece ter se dado, nesse caso, como reação a um ambiente percebido como intrusivo, inconstante e pobre em termos de provimento de necessidades emocionais. Por outro lado, a precariedade e instabilidade do provimento afetivo recebido do ambiente familiar intensifica a fixação nos relacionamentos com as figuras parentais. Relações de superenvolvimento predominam, acarretando perda das fronteiras que delineiam as identidades, em franco prejuízo do processo de individuação dos membros familiares.

Família Assis

Dona Auxiliadora, a avó: “*A vida era tão bonita, tão bonita...*”

Rita, a mãe: “*Preocupações que muitos pais têm, eu nunca tive*”

Isabel, a filha: “*Acho que a doença acabou unindo mais a gente*”

Dona Auxiliadora tem 82 anos, é mãe de Rita (45 anos) e avó de Isabel (18 anos). Ela teve cinco filhos, sendo que um deles faleceu já na idade adulta. Tem diabetes *mellitus* tipo 2 e, em decorrência de uma grave complicação tardia da doença (retinopatia), perdeu completamente a visão há cerca de 12 anos. Segundo sua própria descrição, ela é *muito católica*, deixando claro o valor que atribui à religião, considerada como uma dimensão fundamental em sua existência. A entrevista foi realizada na casa de sua filha Rita, localizada em uma cidade do interior paulista, considerando-se as dificuldades de acesso de dona Auxiliadora ao ambulatório.

A avó estava acompanhada de uma irmã, que mora com ela em uma edícula situada nos fundos da casa de uma de suas filhas. Essa filha mora na casa principal, com a família constituída por marido e filhos. A irmã acompanhante é responsável integralmente pelos cuidados de dona Auxiliadora, tais como os afazeres domésticos e cuidados pessoais, como higiene e alimentação, já que ela precisa de cuidados constantes para se guiar no espaço doméstico.

Durante entrevista a ficou explícita tal necessidade de ser orientada, já que todo o tempo havia alguém segurando o braço de dona Auxiliadora para que ela se locomovesse quando desejava. Ela ficou sozinha apenas quando utilizou o banheiro, no intervalo de nossa entrevista. Nessa ocasião, Rita nos ofereceu café, pão caseiro e bolo, servidos em uma mesa farta de víveres. Os alimentos foram colocados em frente à senhora, que foi orientada sobre o que estavam lhe servindo. Chamou a atenção o teor altamente calórico dos alimentos oferecidos, considerando que dona Auxiliadora tem diabetes.

A entrevista na casa da família mostrou-se muito rica, uma vez que nos possibilitou apreender aspectos que, provavelmente, não seriam observados no serviço ambulatorial. Rita demonstrou ter pouca paciência com a mãe, que também pareceu pouco adaptada a sua condição de pessoa com deficiência visual. Quando a mãe se locomovia pela casa, Rita puxava-a pelo braço com firmeza e sempre a apressava para que se movimentasse mais rapidamente. Ao longo da entrevista com dona Auxiliadora fomos deixadas a sós na sala de

televisão da casa, porém tivemos algumas interrupções de Rita sempre preocupada em controlar se a mãe estaria falando exageradamente.

O encontro durou cerca de três horas, interrompidas apenas por um curto intervalo de cerca de 15 minutos em nossa conversa. Nesse intervalo, tomamos café juntas e Rita me contou que festejaram o aniversário de seu marido no final de semana anterior. Enquanto transcorria a entrevista ela se ocupou fazendo salgadinhos, que ela vende sob encomenda para festas. Em nossa entrevista ela não havia mencionado tal ocupação, apresentando-se apenas como “do lar”.

As entrevistas com Rita e Isabel aconteceram em sala reservada da instituição hospitalar. Rita tem 45 anos e é a quinta e última filha de dona Auxiliadora. É mãe de Isabel, 18 anos, e de Igor, 22 anos. Assim como sua mãe e filha, diz ser católica, sua família é muito engajada nas atividades paroquiais.

Isabel, 18 anos, é a filha caçula de Rita. No contato demonstrou ser uma jovem tímida, pouco falou durante a entrevista, o que sua mãe já havia mencionado anteriormente como uma característica de sua personalidade. Mora na casa com os pais e o irmão mais velho. No início do ano havia dado início a um curso de graduação, demonstrando certo entusiasmo com a carreira escolhida, mas, poucos meses depois, interrompeu os estudos, alegando não estar gostando do curso de sua escolha. Atualmente, com a concordância da equipe de saúde, voltou a praticar aulas de natação de forma moderada juntamente com o irmão, que é seu instrutor. Ajuda a mãe nos afazeres domésticos e estuda em casa, utilizando apostilas de cursos preparatórios para o vestibular. Estava decidida a prestar outro curso universitário, o que antes ela tinha receio de admitir por supostamente não contar com a aceitação dos pais. Isso mais tarde se mostrou como uma pura fantasia de Isabel, motivada pelo fato de o irmão já ter feito essa escolha profissional.

Isabel teve dificuldade em iniciar nossa conversa quando questionada sobre sua trajetória de vida. Diferenciou claramente o curso de sua vida entre “antes da doença” e “depois da doença”. O “antes” era precisamente aquilo sobre o qual ela mostrou maior dificuldade de contar, alegando que tinha poucas memórias de sua história de vida, ou então que não sabia o que “gostaria de dividir” com a entrevistadora. Nessa etapa inicial da entrevista mostrou-se desconfiada, buscando encontrar uma distância ótima em que se sentisse menos desconfortável na situação.

Fatos marcantes da infância

Dona Auxiliadora diz que sua história é triste. Iniciou falando da perda da mãe, quando contava quatro anos de idade. A partir de tal acontecimento, ela teceu uma história pontuada por desencontros e pela carência de um lugar próprio, que lhe conferisse um sentimento de pertença ao mundo, bem como a falta de alguém que lhe provesse cuidados emocionais. Parece não ter havido investimento dos membros da família em dona Auxiliadora, assim ela também não consegue investir no outro, não havendo o que Lisboa e Féres-Carneiro (2005) denominaram de um *mundo familiar*, isto é, uma linha de continuidade em uma dimensão espaço-temporal, na qual se estruturam os vínculos intersubjetivos.

Após o falecimento de sua mãe por câncer de mama, seu pai foi viver com uma das filhas, já casada. Dona Auxiliadora e os outros irmãos foram morar com outra das irmãs, seu marido e seus cinco filhos pequenos, em uma fazenda do interior paulista. O marido dessa irmã foi assassinado e, novamente, a família se dividiu. Dona Auxiliadora passou a morar com uma tia na cidade, próxima à fazenda na qual vivia anteriormente.

Nessa época dona Auxiliadora tinha cerca de 10 anos de idade, sua tia era casada e tinha uma filha, já moça. Esta se mostrava muito enciumada e hostilizava Auxiliadora:

Aí era aquela ciumeira, sabe? Dela... Tinha ciúmes porque a minha tia me tratava bem e ela não deixava, coitada, tinha ciúme. E uma vez eu chorei, eu falei: “ai tia, me abraça, eu tenho vontade que tenha um abraço”. Nossa senhora, minha prima viu, ela ficou tão brava, tão brava, ofendeu minha tia, me ofendeu. Aí minha tia acabou de me abraçar, agradecer, aí depois eu não me entendia mais... (Auxiliadora, avó, 82 anos)

Suas experiências e vivências infantis estão marcadas por situações de muitas brincadeiras compartilhadas com os primos e sobrinhos (que, na época, tinham idade muito próxima à dela), emolduradas pelas paisagens bucólicas das fazendas em que ela viveu, sempre com muito espaço para que o lado infantil pudesse expandir e ser bem aproveitado. Apreciava as brincadeiras de casinha, assim como com os animais da fazenda e nos rios e lagos por onde as crianças se aventuravam alegremente. Ainda assim, ficou evidente o sofrimento pela perda precoce da mãe, muito explícito através de seus relatos:

Bom, quando a minha mãe faleceu, aí a minha irmã falou que eu gritei, chorei durante três meses, deixei todo mundo louco, principalmente quando chovia. Quando chovia eu ficava desesperada, porque eu queria minha mãe, porque ela tava tomando chuva... Eu tinha quatro anos... E eu lembro muito bem que a minha irmã mais velha, ela me pegava assim no colo, ela cantava assim comigo, sabe? E até hoje eu lembro que ela contava assim pra mim: “você não pode chorar, porque a mamãe é anjo, a

mamãe tá no céu e você chora, você molha tudo as asas que a mamãe tem, porque ela é anjo e aí ela não pode ficar no céu voando perto de Deus e de Jesus... Você não pode chorar, porque se você chorar a mamãe não pode ser feliz". Eu nunca consegui esquecer disso, irmã. E assim foi... (dona Auxiliadora, avó, 82 anos)

Rita também tem como um dos fatos mais marcantes de sua infância uma situação de luto. Contou do sofrimento e das dificuldades que enfrentou por ter perdido o pai quando ainda era muito nova. Na época, tinha nove anos de idade. Ao descrever a atmosfera familiar, falou de uma situação de extrema precariedade material e dos enormes esforços da mãe para manter a casa e cuidar dos filhos sozinha. A mãe precisou trabalhar fora de casa para sustentar os cinco filhos, pois o mais velho ainda era menor de idade. A dor fica evidente em seu discurso ao recordar o trauma da morte e a ausência paterna:

Então, é uma coisa incrível, mas a cada dia que passa eu penso e vai apagando, assim... parece que tem o antes da morte do pai e o depois. E antes eu pouca coisa lembro, não sei se o trauma foi grande, que deu como se fosse uma travada, uma cortada, apagada, e tem vezes que eu me forço até pra lembrar do meu pai, some assim. Muito tempo e acontece isso, mas minha mãe trabalhava fora, meu pai trabalhava, do que tinha mesmo eu não lembro nada. Eu acho que a morte foi mais forte do que tudo que eu tivesse vivido até aquele momento, então tudo ficou apagado, eu só lembro disso, que meu pai morreu, o velório, o caixão, o enterro, é isso que eu lembro. (Rita, mãe, 45 anos)

Já Isabel recordou-se de que sua infância foi um tempo de brincadeiras e que havia sido uma criança agitada, porém, apesar de estimulada, não trouxe relatos concretos das experiências vividas nesse período. Contou que tinha um bom relacionamento com seus pais, porém, quando incitada a detalhar como eram essas relações, disse que não se lembrava muito bem.

Fatos marcantes da adolescência

Ao contar sobre sua adolescência, dona Auxiliadora deu continuidade ao relato de sua jornada de desencontros, justificada pelo *outro caminho que Deus traçou*. Contou que, com cerca de 20 anos, foi morar com outra tia, em uma cidade do interior de Minas Gerais. A mudança aconteceu em decorrência de uma cirurgia simples a que essa tia se submeteu. Dona Auxiliadora foi quem lhe ajudou no pós-operatório.

Ao voltar para a casa da outra tia com quem morava anteriormente, dona Auxiliadora foi visitar uma de suas irmãs, que trabalhava em um hospital, na cidade em que ela mora

atualmente. Ela sugere que ali encontrou seu lugar: um hospital de freiras, em que uma delas se encantou com a jovem e a convidou para viver lá. Parece que dona Auxiliadora pôde ali encontrar o cuidado materno que procurava em cada lar por que passou. A freira foi o anjo materno responsável pelos cuidados da jovem, bem como por ensiná-la a prática da enfermagem.

Já Rita relatou esse tempo como um período *normal* de sua vida, em que saía com sua turma de amigos, participava do grupo de jovens que frequentava, estudava e trabalhava. A religião e a paróquia eram o centro de suas atividades sociais: os amigos eram de lá, também foi onde conheceu o marido e onde passava grande parte de seu tempo livre. Começou a trabalhar com 16 anos, para ajudar a complementar o orçamento familiar. Casou-se e logo engravidou de Igor. Precisou fazer repouso e tirou licença-saúde, afastando-se de seu trabalho. Preferiu não retornar ao trabalho após o nascimento do filho. Quando este contava dois anos de idade, Rita (no início da vida adulta) conseguiu emprego em uma escola pública, onde ficou por seis meses, porém ela e o marido julgaram que seria melhor que ela permanecesse em casa para cuidar do filho.

Isabel, sobre sua adolescência, mencionou que o evento mais marcante foi o desenvolvimento da anorexia nervosa, que fora de difícil diagnóstico pelos médicos de sua cidade. Foram esses profissionais que a encaminharam para o serviço especializado em TA no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Não forneceu relatos sobre as experiências de uma juventude “típica”, mesmo estando ainda dentro de tal faixa etária. Nesse sentido, parece confirmar a percepção da mãe, que a apresentou como uma jovem um tanto introspectiva, que não costuma sair com os amigos, nunca namorou e não tem por hábito fazer o *que os jovens de sua idade costumam fazer*. Talvez ainda necessitasse passar a impressão de uma filha muito comportada, que sempre precisa confirmar o julgamento de “correção de caráter” que os pais fazem dela. Nessa moldura psicológica resta pouco espaço para a expressão mais genuína dos afetos e do jogo pulsional, o que pode levar a um empobrecimento dessas dimensões da organização psíquica. Durante a juventude as experiências vividas pelos jovens buscam construir as condições para que eles possam desfrutar de certa autonomia em relação à família. Os modos de conduta adotados podem entrar em confronto com aqueles preconizados pelos pais. Na família Assis, vemos que a instalação da AN na filha mais nova funciona como um freio inibitório desse processo de desenvolvimento e busca de individuação e autonomia própria

Relacionamento com os pais

Dona Auxiliadora relembra marcadamente a época em que a mãe estava doente. Era a mãe quem cuidava dos filhos na fazenda, enquanto o pai saía para trabalhar no campo. A ausência da mãe, que iniciara o tratamento para câncer de mama e viajava constantemente para a cidade, era dolorida e vivenciada intensamente como uma perda iminente, que de alguma maneira se eternizou. O pai pouco apareceu nos relatos de dona Auxiliadora, sugerindo uma espécie de “morte” simbólica deste, enquanto figura de identificação para a menina. Essa quase extinção do vínculo emocional com o pai parece ter ocorrido concomitantemente à morte concreta da mãe. Ele foi morar com uma das filhas já casada, delegando os cuidados dos filhos menores para outros parentes, já que cada irmão/irmã foi morar com uma tia diferente. Assim, mãe e pai parecem ocupar um lugar importante no imaginário de dona Auxiliadora: a mãe enquanto um anjo que a cuida do céu – talvez por isso a senhora tenha desenvolvido tamanho apego à religiosidade, e o pai enquanto um fantasma, ausente no contato e nos relatos da senhora.

Rita conta, ainda sobre o relacionamento de dona Auxiliadora com seus pais, que os irmãos da senhora foram criados separados após a morte da mãe, que faleceu quando ela contava com apenas quatro anos de idade, e que o pai dela morreu quando ela tinha 15 anos. Este último fato, porém, não foi elucidado na fala de dona Auxiliadora. Sua relação com a figura paterna parece envolta em uma atmosfera obscura e carente de uma presença física concreta, agravada pela precocidade de sua morte. Assim, em sua história, o pai comparece apenas como uma sombra tênue de um fantasma. Uma presença incorpórea que se eterniza no imaginário familiar por meio de um processo de luto inconcluso, o que só faz perpetuar a falta não simbolizada.

Rita também traz o relato de mãe e pai ausentes em sua própria história. Seu pai faleceu enquanto ela ainda era uma criança, ficando a família em uma situação de pobreza material, que ocasionou a ausência da mãe no lar, já que a senhora precisou trabalhar para sustentar os filhos. Assim, a avó e a mãe tecem uma história de cuidadores ausentes, ou distantes nos cuidados afetivos.

O relacionamento de Isabel com os pais parece ser vivenciado de maneira positiva. Isabel relatou que a família frequenta a mesma paróquia na qual os pais se conheceram e começaram a namorar. Sente que os pais são carinhosos com ela, sempre atentos, ao passo que ela se vê como uma boa filha para eles, uma filha respeitosa.

Ah eles me ensinaram muita coisa. Acho que eles me ensinaram a respeitar as pessoas, acho que eu devo tudo a eles. Minha mãe às vezes se culpa porque acha que teve alguma coisa a ver com eu ter ficado doente, mas eu não acho que é isso, eu falo pra ela que não tem nada a ver. Eles me ensinaram tudo que sou, pra mim e pro meu irmão. (Isabel, filha, 18 anos)

O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas

Foi no contexto de mudança para o hospital, no período da adolescência, que dona Auxiliadora conheceu seu marido, com quem foi casada por 19 anos, até o falecimento do mesmo em decorrência de complicações de úlcera no estômago. Para dona Auxiliadora, foi nesta mudança de cidade que começou a história de sua vida, ainda que tal história se inicie também com uma situação de desencontros e confusão, que marcam os passos de dona Auxiliadora.

Ela relata uma viagem que faria de ônibus, porém não encontrou o lugar em que o mesmo passaria para pegar os passageiros. Um funcionário da rodoviária a convidou para passar a noite em sua casa após o dia de serviço, justificando que só haveria outro ônibus na manhã seguinte. Quando ele se distraiu, ela procurou uma Igreja, pensando em procurar uma freira que a “adotasse”, que permitisse que ela passasse a viver lá, sugerindo uma necessidade muito intensa de ter alguém que a aceitasse e que lhe oferecesse um lugar próprio no mundo, o que parece não ter acontecido até então, com as reiteradas experiências de abandonar e, primeiro de tudo, de ser abandonada.

Em vez de encontrar uma freira que lhe oferecesse moradia, deparou-se com uma senhora que lhe ajudou a localizar um ônibus que a deixaria em seu destino. Conseguiu, então, chegar à cidade da irmã para visitá-la, e por lá acabou fixando residência.

Dona Auxiliadora contou que seu marido se apaixonou por ela à primeira vista, enquanto ela ainda estava um tanto quanto indiferente a ele:

Ele, a hora que ele me viu, irmã, ele se apaixonou por mim. Sabe, assim, amor louco? É, foi, foi assim. Ele... eu cheguei, ele tava na porta e eu perguntei: “Moço, o senhor pode me ensinar onde fica o hospital?” Ele falou: “É só a senhora achar o jardim e sobe”. Eu falei: “Eu não conheço a cidade, nunca estive aqui, eu vim visitar a minha irmã que ela mora aqui, só que ela mora no hospital, ela é enfermeira, chama Verônica”. Ele falou: “Ah, Verônica é minha amiga”. Aí ele me levou no hospital, aí ele voltou lá onde ele tava e falou: “Nossa, hoje eu achei a minha mulher”. O moço falou: “Como achou sua mulher?”. “Essa menina que chegou aqui agora, ela é irmã da Verônica e ela vai ser minha mulher.” (Dona Auxiliadora, avó, 82 anos)

Sobre o período de namoro, que durou aproximadamente três anos, ela conta que os dois se encontravam no pátio do hospital, sempre acompanhados de outras pessoas. Não havia qualquer tipo de contato físico entre eles, exceto por um inocente beijo de despedida na face.

Dona Auxiliadora foi, em suas próprias palavras, “criada errado, completamente errado”. Na época em que morava com sua tia não tinha permissão para sair para passear, ela apenas ia à igreja rezar, ou então era intimada a acompanhar a prima que saía para passeios com o namorado. Depois ela ainda era interrogada sobre o que o casal havia feito durante o passeio. Indagada sobre suas curiosidades em relação à sexualidade, dona Auxiliadora contou que estas sempre foram abafadas pela tia:

Eu fui criada errado, né? Completamente errado. Minha tia que falava que não podia beijar, porque se beijasse o moço com a boca meio aberta assim, ficava grávida, encomendava nenê. Ela não falava “ficava grávida”, falava “encomendava nenê”. Não era pra deixar o namorado abraçar, não era pra deixar o namorado por a mão no seio, porque dava doença ruim.² [...] Aí depois ela [a prima, após o nascimento de seu primeiro filho] tava assim no quarto com a janela fechada, a porta, tudo encostado, sabe? Aquela coisa, não sei, tão escondido, e eu falei pra ela: “Ai Diana, que horror! Que tamanho ficou sua boca pra nascer o nenê?” Ela falou: “Não, boba, não, fica grávida pela boca, encomenda o nenê pela boca, que nem a mãe ensinou, mas eu fui no hospital e aí...”, ela tava com a perna toda vermelha, né? Passaram mertiolate, mercúrio, então... Aí ela falou assim: “tá vendo onde corta pro nenê nascer?” Ela descobriu um pouquinho assim, só aquele pedacinho de perna vermelha, então: “O doutor cortou assim a perna aqui desse lado e puxou o nenê”. Eu falei: “Aaaai, que dor”. Ela falou: “Dói mesmo”. Eu falei: “Ai credo, cortar a perna, né?” E ficou assim, ela nunca me enganou... (dona Auxiliadora, avó, 82 anos)

Impregnada por insondáveis mistérios e fantasias bizarras, a sexualidade era um tabu na família, combinando com a religiosidade que a família tanto valorizava. Assim, não era permitido conversar sobre o assunto, sendo o contato com pessoas do sexo oposto sempre extremamente cuidado, vigiado e quase que proibido. Desse modo, a sexualidade-tabu torna-se um mito. De acordo com Prado (2000), o mito não é apenas uma maneira de se contar uma história, mas implica em uma incorporação a essa história.

Iniciando seu aprendizado na prática da enfermagem, junto às freiras do hospital onde passou a morar, dona Auxiliadora começou, por conta própria, a quebrar alguns dos mitos instaurados na convivência familiar. Após fazer uma série de descobertas sobre a verdadeira origem da vida, ela sentiu-se enganada pela tia e também por sua prima, que mesmo após iniciar sua vida sexual e ter tido um filho, não desmentiu a história contada. Reforçada pelo

² É conveniente lembrar que a mãe de dona Auxiliadora morrera ainda jovem, em decorrência de um câncer de mama, o que pode ter reforçado a ligação fantasiosa entre sexualidade e morte.

aprendizado dos “fatos da vida” e influenciada pela cultura da religião católica, dona Auxiliadora dizia preferir a vida como era antes da “descoberta” da sexualidade, antes de ser desfeito o mito familiar da sexualidade:

Mas eu chorei, por que eu falei: “A vida era tão bonita, tão bonita... Agora a irmã [freira] vem me falar essas coisas tão feias”. E acho que por isso que eu não aceitava ter vida de relação sexual, viu, irmã? Muito feio... Eu tava numa vida tão bonita que eu fui criada... (dona Auxiliadora, avó, 82 anos)

A recusa do conhecimento acerca da sexualidade, devido à sua associação, dentro da tradição cristã, ao pecado original, teve profunda ressonância em sua vida adulta. Nesse sentido, após o nascimento de Rita, última filha de dona Auxiliadora – que na época contava dois anos de idade – ela propôs ao marido que dali por diante levassem uma “vida espiritual”, em que continuariam a viver juntos, porém não manteriam mais relações sexuais. Em sua descrição do que passou a ser sua vida conjugal desde então, prevaleceu “uma vida espiritual, muito bonita”. Ambos tinham cerca de 40 anos na época. Ela falou de uma vida ao lado de um marido excelente, um homem bom e extremamente religioso, que a acompanhava às missas, além de exercer outras funções dentro da paróquia escolhida pela família, como a catequização de jovens, por exemplo. Tais características são as mais exaltadas e valorizadas por dona Auxiliadora também em sua descrição do marido de sua filha Rita.

Depois de sete anos da decisão do casal, que manteve firme seus votos de abstinência sexual, o marido de dona Auxiliadora adoeceu gravemente. Ele sentia fortes dores estomacais, porém recusava-se a ir ao médico, sendo um dia levado às pressas e forçadamente ao hospital, quando foi diagnosticado com três úlceras. Dona Auxiliadora se emocionou ao lembrar-se do período em que o marido permaneceu internado no hospital, onde viria a falecer, principalmente porque *recebeu um aviso* de que ele viria a óbito. Ela mencionou a experiência de alguns sonhos premonitórios, em que um parente já falecido teria vindo avisá-la sobre a morte de alguém próximo a ela.

Rita, sobre suas relações amorosas, contou que conheceu seu marido na igreja, em um grupo de jovens que se reuniam para rezar aos sábados. Namoraram por cinco anos, porém ela julga que não foi um namoro típico, já que o marido gostava muito de praticar esportes e frequentar pesqueiros nos finais de semana, o que a fazia sentir-se muito sozinha:

[...] então eu falo que ele me dava mais cano do que outra coisa [risos], foram cinco anos, mas que nós não namoramos muito. (Rita, mãe, 45 anos)

Ela e o marido compartilhavam o mesmo grupo de amigos. Quando começaram o namoro, ela tinha 16 anos e ele, 18. De forma enfática, ela frisou as diferenças entre os namoros da contemporaneidade e os de sua época, quando 22 horas era o horário de tolerância para uma jovem chegar em casa. Falou ainda do estranhamento que sentiu ao sair da condição de namorada para a de esposa, dizendo que ela e o marido brigavam muito no início do casamento. Descreveu o recém-casado marido como alguém mal humorado e bravo, porém reconheceu que havia melhorado de humor atualmente. Já na época do namoro o casal fazia planos de casamento e os nomes dos filhos já foram, sendo que Rita escolheu o nome de Isabel por ser um nome curto, diferentemente de seu longo nome (nome duplo, dois sobrenomes, mais o sobrenome do marido). Ainda pensou na possibilidade da filha um dia vir a se casar, não desejando que seu nome se alongasse ainda mais.

Segundo Eiguier (1985), o primeiro organizador inconsciente da vida familiar corresponde à escolha do objeto, sendo tal escolha realizada de acordo com os modelos infantis dos parceiros. Rita escolheu o marido que a mãe, dona Auxiliadora, em seu discurso, exaltou por ter características semelhantes às de seu próprio marido, que era muito trabalhador e religioso. Parece repetir-se, assim, a história familiar de uma mãe autoritária e rígida, que exerce seu controle sobre os demais membros da família de um modo não modulado por uma figura masculina. Essa essência se dá seja pela concretude da morte, seja pelas ocupações com atividades da igreja ou das muitas horas diárias de trabalho que preenchem o cotidiano, restando pouco tempo para a convivência familiar junto à esposa e aos filhos.

Em relação às crises enfrentadas no casamento, Rita contou que foram algumas pequenas crises, mas destacou a gravidez de Igor, que foi de risco, quando precisou fazer intenso repouso. Nessa época seu marido caiu do telhado, teve traumatismo craniano e também precisou receber muitos cuidados.

Na gravidez de Igor, Rita descobriu que tinha o útero pequeno. Foi um período conturbado. Durante a gravidez de Isabel, Rita teve um descolamento da placenta, e também precisou fazer repouso. No parto de Isabel, ela teve muito sangramento e sentiu-se extenuada por terem levado tanto tempo para realização da cesariana. Conta que isso aconteceu porque ela não havia tomado o remédio indicado pelo médico responsável, o que prejudicou o andamento do parto, bem como colocou em risco sua saúde e de sua filha.

Sobre os relacionamentos extra-familiares de Isabel, Rita ressalta que a filha *adoeceu* na época em que jovens começam a sair com os amigos, por volta de 14 ou 15 anos. O filho Igor só namorou após os 20 anos de idade, fato que Rita também atribui ao “jeitão quietão” tanto dela como do marido. Não menciona a existência de qualquer relacionamento amoroso da filha, o que

parece satisfazer suas expectativas. É possível perceber, na três gerações, pouca abertura dessas mulheres para relacionamentos afetivos.

Isabel ofereceu poucos relatos sobre seu desenvolvimento afetivo-sexual e relacionamentos amorosos. É possível entrever, pelo exposto, uma jovem tímida, que conta com uma rede social rarefeita, com poucos amigos e escassas experiências de trocas afetivas. Isso inclui uma notável ausência de engajamento nas atividades de entretenimento e lazer que os adolescentes, habitualmente, sentem prazer em compartilhar, como *hobbies* e festividades. A turma de amigos é composta pelos jovens do grupo de oração e, *antes de serem seus amigos, são amigos de seu irmão*. Isabel não tem uma turma diferenciada desta já escolhida e aprovada previamente pela família, tampouco menciona a existência de garotos com quem tenha “ficado” ou mantido alguma experiência de namoro. Lisboa e Féres-Carneiro (2005) apontam que, especialmente no período de transição da adolescência, os pais devem preparar seus filhos para o estabelecimento de novos vínculos. Parece que Isabel sente que não conta com o apoio de pais que favoreçam as condições para que ela supere suas próprias inibições e proibições internas para operar tais investimentos. Essa operação, crucial na ultrapassagem da etapa da adolescência, demanda um complexo remanejamento da organização pulsional, com a progressiva retirada das catexias libidinais das figuras parentais em direção a um reinvestimento amoroso voltado para figuras externas ao círculo familiar. Em vez de abrir-se para um universo exogâmico, Isabel parece fechar-se e concentrar-se cada vez mais em um mundo familiar e religioso, já conhecido e legitimado pelos pais como seguro e perfeito para se habitar. Nessa escolha inconsciente, termina por encarcerar-se em um corpo eterno de menina, que a afasta de vivências turbulentas mais próximas do mundo adulto.

Relação mãe-filha

Rita nasceu da última gravidez de dona Auxiliadora, posterior a um aborto sofrido por ela. Sem saber exatamente o sexo da criança, ela acreditava fervorosamente que estava grávida de um garoto, e por isso já havia lhe dado um nome masculino. Quando avisada pelo médico da morte do feto, recusava-se a fazer cirurgia, pois não queria “tirar o filho”. Foi por meio de uma internação, após sangramento e dor, que os médicos retiraram o feto morto.

Após quatro anos da ocorrência traumática, dona Auxiliadora engravidou de Rita, que também foi uma gravidez difícil e conturbada devido a complicações. Sua fé a impulsionou a cumprir a promessa de pedir o enxoval do bebê como doação caritativa para outras pessoas mais necessitadas, caso não perdesse o filho que carregava no ventre, e assim ela o fez: “Eu

fiz a promessa de me humilhar, pedindo o enxovalzinho do nenê”. O nascimento de Rita aconteceu um dia após a morte do sogro de dona Auxiliadora, que morava na casa da família e estava muito doente, com diagnóstico de câncer no cérebro. Era ela a responsável por cuidar dele, que “estava perdendo o juízo”.

Dona Auxiliadora amamentou todos os seus filhos, porém por pouco tempo, sendo Rita a que foi amamentada por mais tempo: apenas quatro meses. Seu nome foi escolhido em homenagem a uma santa, também como resultado de uma promessa para que dona Auxiliadora não sofresse um aborto.

Sobre o relacionamento com sua mãe, Rita acha que poderia ser uma filha melhor e se emocionou ao tocar nesse assunto, alegando ter pouca paciência com ela e que não expressa carinho e afeto por dona Auxiliadora.

Já com sua filha, Isabel, contou que jovem é uma ótima filha para ela, que não lhe dá as preocupações costumeiras de filhos jovens, mas ainda assim percebe as dificuldades que a filha tem para lidar com seu próprio corpo e mente:

Preocupações que muitos pais têm eu nunca tive, não tenho com eles graças a Deus. Então, como filha, pra mim, neste sentido de preocupar, de pensar alguma coisa, não me dão trabalho nenhum. O problema é com ela pra ela mesma, né. Eu me preocupo com ela, com ela. Pra mim não. Eu tenho preocupação, a gente quer que ela melhore, consiga fazer as coisas dela, né, mas como filha em si não. (Rita, mãe, 45 anos)

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Dona Auxiliadora enfatizou que sempre fora uma mãe muito brava e rigorosa, característica que ela justifica pelo fato de não haver ninguém que lhe ensinasse como criar seus filhos. Perdera sua mãe muito cedo, sua sogra era muito doente e seu marido trabalhava o dia todo para prover o sustento da família. Sentia-se muito sozinha e receosa na educação dos filhos. A senhora percebe Rita como uma excelente mãe para seus filhos, “um anjo que tá aí”, mas ressalta que às vezes acha exagerado o cuidado que a filha tem com seu marido e filhos. Estima as características da filha que são parecidas com suas próprias, como o hábito de frequentar regularmente a igreja e o cuidado que a mesma teve com seus sogros quando estavam doentes.

Rita também declarou que fora muito brava com os filhos, sempre rígida e autoritária, o que pode ter influenciado na timidez dos dois, assim como pode ter prejudicado Isabel e favorecido o desenvolvimento da AN, de acordo com sua própria opinião, fazendo uma

conexão entre o estilo educativo e o TA. Orgulha-se dos filhos por serem jovens e não “*serem como os filhos de outros amigos*”, que mentem para os pais a respeito dos lugares que frequentam, ou então sobre relacionamentos amorosos. Atribui tal diferença à criação que foi dada a seus filhos, e pelo jeito caseiro e tranquilo dela e do marido, sugerindo que os filhos se apropriaram dos cuidados que lhes foram transmitidos.

De acordo com Correa (2000), o negativo é transmitido sem ser elaborado, não havendo espaço intersíquico disponível para efetuar simbolizações. Situações traumáticas ou de miséria podem acentuar essas lacunas da elaboração e transmissão, levando à repetição dos acontecimentos nas gerações seguintes. Rita sofreu durante infância e juventude com a rigidez de uma “*mãe que sempre foi brava*”, ausente no contato cotidiano, mas presente na rigidez de suas ordens. Essa característica de personalidade pode ter sido exacerbada pelo contexto adverso em que a família vivia, em luta renhida para obter recursos financeiros para garantir sua sobrevivência. Somou-se a essas vicissitudes a perda precoce da figura paterna, que deixou uma lacuna jamais preenchida, caracterizando um processo de luto não elaborado. Em um contexto em que não se podiam questionar os dogmas em que se assentava a educação familiar, ela termina por se tornar também uma “*mãe sempre brava*” e rígida com os filhos, que só são reconhecidos como “*bons filhos*” na medida em que forem obedientes e cumpridores de seus deveres. Ou seja, se mostrarem lealdade ao sistema de valores cultuado pela família como o ideal para se preservar a unidade familiar. Assim, parece que dona Auxiliadora não recebeu os carinhos maternos então não pôde oferecê-los a filha, havendo sempre uma lacuna de afeto entre mães e filhas da Família Assis.

Isabel vivencia a relação mãe-filha de maneira positiva. A mãe é sua maior companheira no dia-a-dia, com quem passa mais tempo, porém ela já foi anteriormente percebida como uma mãe exigente e invasiva, principalmente no que concerne à alimentação. Já a relação de Isabel com dona Auxiliadora parece ser distante, o que difere do relato trazido pela avó, que sugere uma família com vínculos fortes e proximidade afetiva. Talvez essa seja a tradução projetiva de sua imagem de família idealizada. Isabel disse sentir falta de sua avó paterna, que já morou com sua família durante um período e que cuidou dela e do irmão quando crianças. Chama a atenção o fato de que a relação próxima com essa outra avó e o seu posterior afastamento do convívio familiar sejam elementos ausentes do discurso da mãe e da avó materna. Há aqui indícios da perda *inexplicável* de um vínculo sentido como acolhedor e confiável na infância. Esse achado, se explorado em profundidade durante o curso de um processo psicoterapêutico, poderia lançar luz sobre as bases melancólicas que podem estar subjacentes à constituição precoce da subjetividade de uma futura anoréxica.

A religiosidade

A religiosidade ocupa lugar central na Família Assis, especialmente para dona Auxiliadora e para o núcleo familiar de Rita. Dona Auxiliadora valoriza a filha Rita por sempre acompanhá-la na igreja, o que não acontecia com os outros filhos, que criticavam a mãe por “*perder seu tempo correndo atrás de padre*”. Atualmente, a rotina de dona Auxiliadora é rezar. Muito organizada, ela desenvolve todo um cronograma de seu dia, sendo as principais atividades: rezar, ouvir missas pela televisão e ir à igreja. Ela se sente sozinha quando o assunto é rezar e “*ficar junto de Deus*”, sentindo-se apenas acompanhada pela família de Rita, que também é muito religiosa.

A religião ocupa a rotina, os relacionamentos sociais e também afetas as atividades de trabalho. Todos têm um espaço dedicado à paróquia em sua semana, seja para rezar, auxiliar nas atividades, ou estar com os amigos.

Além disso, para dona Auxiliadora, a religião parece ser uma maneira de se encontrar novamente com a mãe, um “*anjo no céu*”, a sua Virgem Maria, que teve seus filhos, na fantasia de dona Auxiliadora, espiritualmente, o que ela deseja repetir – uma vida sem os “*pecados da carne*” – com seu marido. Ainda nesse sentido, a religião ganha a função de manter os mitos familiares de que homem e mulher não tinham encontro carnal, apenas espiritual.

O relacionamento de dona Auxiliadora com o marido de Rita é descrito como bom, sendo que ela observa nele muitas características de seu falecido marido, como o acompanhamento regular das atividades da igreja, bem como o cuidado que ele tem com a esposa e os filhos. Dona Auxiliadora parece encontrar na convivência familiar de Rita uma família ideal, como a que desejava para si e ainda deseja para seus outros filhos. De acordo com as formulações de Soifer (1980), dona Auxiliadora deposita na família de Rita fantasias de uma família perfeita: aquela que vai à igreja e segue todos os preceitos do catolicismo. Rita, marido e filhos tornam-se um espelho em que ela vê refletido seu próprio marido antes da morte, bem como vê os filhos que gostaria de ter, que não a criticariam por seu modo de ser, especialmente por sua religiosidade fervorosa.

As vivências do corpo e a alimentação

O alimento ocupa espaço central na Família Assis. Dona Auxiliadora tem uma doença que a limita no seu contato com alguns tipos de alimento. Já Rita, trabalha como cozinheira,

porém não elege essa tarefa com uma profissão, parece apenas um pequeno serviço para auxílio no orçamento. Isabel desenvolveu uma psicopatologia em que os alimentos tornam-se seus monstros, não há menção a experiências prazerosas com a comida ou em refeições familiares.

Quando dona Auxiliadora era ainda criança, a alimentação era cuidada por uma das empregadas da fazenda, já que havia muito serviço já para ser dividido entre os membros da família. Quando ela passou a morar com a tia, alimentavam-se de comidas compradas e preparadas em pensões. Tanto que somente quando ela se casou que aprendeu a cozinhar e passou a fazê-lo diariamente. O alimento parecia não ter um significado marcante para a família de dona Auxiliadora, parecendo mais um dos elementos confusos e desencontrados de sua história.

Rita relata que, quando criança, era sua mãe quem preparava as refeições. Após o falecimento do pai, as irmãs mais velhas passaram a ajudar a mãe na cozinha, assim como aconteceu quando Rita deixou de ser menina. Não faziam almoço juntos durante a semana, já que todos trabalhavam e tinham diferentes horários para realizar a refeição. O mesmo acontecia com o jantar, já que Rita e os irmãos estudavam no período noturno, restando pouco tempo para se organizar uma refeição em família. Dessa maneira, restavam os almoços de domingo, em que a família se reunia para comer a refeição preparada por dona Auxiliadora.

Atualmente, em sua casa, sempre que possível Rita e a família fazem juntos o almoço diário. O jantar é *mais solto*, cada um faz a refeição de acordo com a conveniência e seus próprios horários. O filho Igor trabalha à noite. Nesse período apenas Rita, o marido e Isabel permanecem em casa. Os almoços de domingo com a família extensa, antes tão frequentes, foram ficando rarefeitos e desapareceram do calendário familiar após o diagnóstico de AN de Isabel, já que esta não se sentia à vontade para fazer as refeições na casa dos parentes. Atualmente, a família tem retomado, gradativamente, essa atividade.

Em relação às preferências alimentares, assim como a mãe, dona Auxiliadora, Rita prefere comer massas. Suas favoritas eram aquelas preparadas pela mãe, antes do agravamento do quadro clínico de diabetes *mellitus* que a levou a desenvolver a deficiência visual. Rita disse que, atualmente, come quase todos os tipos de alimento e que melhorou com o tempo, já que, quando era mais jovem, tinha mais restrições e preferências bem marcadas. Conta, ainda, que sempre esteve satisfeita com seu próprio corpo e que sempre foi magra. Sua queixa é de que algumas vezes sentia-se magra demais e gostaria de ganhar peso – o que pode refletir na insatisfação corporal de sua filha. Hoje se incomoda com o rosto e a pele, com as rugas da idade.

Isabel referiu que, atualmente, conseguia almoçar com todos os integrantes da família, porém no jantar não transcorria da mesma maneira. Ela janta sozinha num período anterior, por indicação de sua médica psiquiatra, que, segundo Isabel, a orientou que assim procedesse para que obtivesse melhor efeito do remédio. Porém, os pais permanecem com ela à mesa. Prefere comer alimentos leves, como frutas, e justifica essa predileção afirmando que, depois que ficou *doente*, não ingere mais alimentos gordurosos, como frituras.

Sobre a recente recuperação ponderal de peso, disse que antes se incomodava mais, porém, atualmente, percebe que o “ganho” é necessário para que possa continuar seus treinos de natação, uma atividade – talvez a única – pela qual manifesta vívido prazer. Esse vínculo de prazer não foi perdido nem mesmo no período de agudização dos sintomas, embora tenha sofrido um forte revés ao ter tal prática vetada pela equipe em razão dos riscos decorrentes do quadro grave de desnutrição e baixíssimo peso vigente na época. Na medida em que passou a responder bem ao tratamento, a atividade física foi gradualmente liberada, desde que com intensidade moderada. O corpo, apesar das insatisfações, também é sentido por ela enquanto fonte de prazer, já que apesar das angústias despertadas, está retomando suas atividades com alegria e desejo de desenvolvimento.

Transmissão da feminilidade

A dupla mãe e filha é mais vulnerável à “con-fusão”, pois é necessário se identificar com a mãe, separar-se parcialmente e se identificar com ela novamente. Essa parecença pode favorecer uma aproximação amorosa, mas também despertar intensos sentimentos de competitividade. O par mãe e filha parece estar mais vulnerável ao risco fusional do que o par mãe-filho. A mãe transmite a filha sua feminilidade inconsciente, como uma jóia de família, que passa de avó para mãe, de mãe para filha, em situações desejáveis ou insuportáveis (Ribeiro, 2011). Dona Auxiliadora e Rita vivenciaram a fase de “desidentificação” (separação parcial) com a mãe de maneira muito brusca. A primeira, pela morte de sua mãe, e a segunda, pelo afastamento necessário da mãe do lar, para sustentar Rita e dos demais filhos.

Parece haver, então, uma falha na transmissão da feminilidade. É possível observar, nessa família, mulheres pouco interessadas nos autocuidados, no que está relacionado ao uso de roupas mais femininas, ou maquiagens. A sexualidade também não é experimentada de maneira positiva. Especialmente para dona Auxiliadora, a relação sexual é vista como uma invasão ao corpo feminino – sagrado – algo que gera angústia e desgostos, e torna a vida

“feia”. A neta, Isabel, também se ausenta desse tipo de contato. Já está no início da vida, mas sem a vivência de relacionamentos amorosos.

Já Rita, em suas vivências como esposa, relata muita dificuldade no início do casamento, pois ela e o marido tinham muitas brigas e era-lhe difícil perceber-se agora como esposa, responsável pelo marido e cuidados do lar. É interessante lembrar que Rita não teve um modelo, em sua criação, de vida em casal, já que seu pai faleceu quando ela ainda era pequena, restando-lhe pouco contato com pai e mãe unidos.

A anorexia nervosa

Em relação ao transtorno que acomete sua neta Isabel, dona Auxiliadora comentou que reza muito para que ela se cure, mesmo que seus outros filhos lhe digam que não vêem necessidade em rezar o dia todo. Dona Auxiliadora conta que não percebeu que a neta estava doente, em decorrência de sua deficiência visual. Foi em um feriado, que passou com a família de Rita, que ouviu a filha e o marido falando de Isabel de um modo desesperado, que ela já estaria visivelmente mais magra do que o aceitável para os padrões considerados saudáveis. Assim, nesse contexto de não entender o que acontecia na casa de sua filha, dona Auxiliadora se aventurou a ensinar à neta como fazer um doce caseiro, atitude que deixou Isabel revoltada e muito abalada emocionalmente.

Aí passou muito tempo e eu não enxergo, eu não percebi que ela tava com esse probleminha dela, que não comia, e eu comecei a falar de comida, falar de comida, falar de comida. Ela foi pro quarto, chorou, chorou e falava: “Eu quero morrer!” E eu desandei a chorar aqui, aí o irmão dela foi lá, ficou bravo com ela, falou: “Pára com isso, a vó fala as coisas sem pensar, a vó não enxerga.” Conversou com ela, passou. Mas ela agora tá muito bem, ela vai na missa, ela fica com as meninas, vai passear, tudo isso. (dona Auxiliadora, avó, 82 anos)

Dona Auxiliadora mencionou as dificuldades da neta em relação à alimentação, mas valorizou o quadro de melhora de Isabel, ressaltando que ela não está estudando, mas tem praticado atividades esportivas que são de seu interesse, auxilia nos programas de catequização da paróquia que eles frequentam e acompanha a mãe nos afazeres domésticos.

O diagnóstico de AN de Isabel converteu-se em segredo guardado a sete chaves, que ainda hoje não pode ser conversado abertamente com dona Auxiliadora. O segredo é uma tentativa de suspender o significado de um acontecimento, tanto para quem cala, como para aquele que receberia o comunicado do conteúdo secreto. Assim, o não-dito é duas vezes

alienante: mantém o sujeito em seu refúgio narcísico, assim como o mantém submisso a uma ordem instituída para que possa continuar pertencendo ao grupo familiar (Rosa, 2001). A família cuida para que Dona Auxiliadora permaneça alienada em relação à *doença* da neta e, para preservar a harmonia do convívio familiar, também não pode falar sobre a AN. Ela é excluída da condição de sofrimento da neta, devendo manter-se calada e falsamente desinteressada para conseguir assegurar um mínimo de proximidade afetiva com Isabel.

Rita e seu marido pensaram, inicialmente, que o emagrecimento dela estaria associado a um hipertireoidismo, que chegou a ser diagnosticado por médicos. Isabel passou a usar roupas largas e foi o irmão Igor quem percebeu, durante aulas de natação, que o maiô de Isabel, que normalmente é muito justo no corpo, estava demasiado largo. Isso alertou a família, que a levou ao médico.

Rita comentou que a filha tinha um corpo muito bonito antes da AN, atlético e cheio de curvas. Ela começou cortando alguns alimentos de sua dieta, o que Rita não aprovava, já que a filha, como atleta federada, treinava natação todos os dias e necessitava de uma alimentação equilibrada para suportar os rigores do treinamento. Ainda assim, não associou tais acontecimentos a uma patologia.

Quando viram, pela televisão, fotos de uma modelo brasileira que morrera em decorrência de um grave quadro clínico desencadeado pela AN, Rita pensou na possibilidade da filha estar com o mesmo problema que a modelo. Ela levou-a a médicos em três cidades diferentes, mas relatou que os profissionais que consultaram não tinham preparo para lidar com o transtorno alimentar:

[...] eles [médicos] não têm preparo pra isso. Eu acho que é muito novo até pra eles mesmos, né? Aí eles falavam: “não... é frescura! Sabe aquela época da adolescência? Deixa lá, morrer de fome ela não vai não, a hora que tiver fome ela pede...”. Eu falava: “Não, não é frescura, a Isa não é frescurenta, ela nunca teve problema com comida”. Aliás, a Isabel sempre foi melhor que o Igor pra comer, a Isabel comia verdura, legume, tudo de qualquer qualidade, nunca teve problema nenhum pra comer nada, foi bom garfo pra tudo. (Rita, mãe, 45 anos)

Rita relatou ainda que a filha mentia para os médicos sobre o que ingeria nas refeições, ou então sobre a percepção que tinha de seu próprio corpo, o que dificultava a precisão do diagnóstico. Também seu bom preparo físico e suas feições atléticas ajudaram a camuflar as alterações que a falta de alimentos lhe causava.

Rita aprendeu a fazer concessões a respeito do padrão de alimentação da filha, dizendo que hoje permite que ela coma alimentos não tão saudáveis, contanto que ela possa se

alimentar. Percebeu que não surtia efeito o fato de obrigá-la a comer, sendo que, atualmente, tem sido mais tolerante às oscilações de vontade da filha.

O maior temor da família em relação ao quadro clínico de Isabel era da possibilidade de agravamento e risco de morte, que parecia se aproximar cada vez mais, na medida em que a jovem perdia peso ou se negava peremptoriamente a se alimentar. Rita descreveu a filha nessa época por características que delineiam a decadência física, como a queda de cabelo e pele ressecada, ressaltando que ela parecia um bebê, de tão frágil que estava sua aparência. Pediu para o médico interná-la, para que tomasse soro e pudesse se hidratar, já que nessa época de agravamento dos sintomas ela se recusava a ingerir até mesmo líquidos, pois acreditava que água engordava.

Sobre mudanças ocorridas na rotina familiar após o diagnóstico de AN, Rita conta que a família passou a ser mais cuidadosa em relação aos locais que frequentava, principalmente em horários de refeições, já que a filha se incomodava por não conseguir se alimentar na casa de outros. Hoje Rita e o marido se preocupam ainda mais com Isabel, sofrem com o sofrimento da filha. A boa notícia é que esses sentimentos maciços, que até há bem pouco tempo eram sumariamente proscritos do universo doméstico por contrariarem um receituário idealizado calcado na manutenção da ordem afetiva, atualmente estão encontrando espaço para serem sentidos e verbalizados no contexto familiar.

Sobre sua doença, Isabel relatou que, anteriormente, sabia apenas que era uma “doença de modelos que não comem para ficarem magras”. Seus pais não entendiam a psicopatologia, sendo que os grupos de psicoterapia e de apoio familiar oferecidos pelo GRATA foram apontados como dispositivos essenciais que favoreceram o entendimento do problema, contribuindo para a desmistificação da natureza fantasiosa de certas crenças sobre o TA. Isabel sente que a família ficou mais unida após a definição de seu diagnóstico de AN e do início do tratamento especializado:

Antes a gente não conversava muito. Agora a gente sempre tá junto, tudo que acontece a gente conversa, então acho que a doença acabou unindo mais a gente.
(Isabel, filha, 18 anos)

De forma consistente com esse benefício percebido, a família de Isabel parece oferecer-lhe apoio efetivo no enfrentamento de seu problema. Inicialmente, vivenciaram uma fase de negação e recusa da realidade, reforçadas pelo fato de que não entendiam que se tratava de uma psicopatologia, tampouco tinham instrumentos para compreenderem suas implicações, lançando-se a um movimento desgastante, tanto quanto inútil, de *buscar*

culpados para a situação calamitosa em que se viam mergulhados. Atualmente, os familiares podem conversar sobre o que acontece na família, aproximando-se mais das percepções e vivências de cada um dos membros e, assim, se apropriando das experiências emocionais do grupo como um todo. A única e notável exceção parece ser a da figura da avó, dona Auxiliadora, que ainda é mantida alienada em relação aos conflitos vivenciados pela neta.

Segundo Kaës (1998), a identificação é o maior processo de transmissão psíquica entre gerações. Transmite-se o que não é possível de ser lembrado, como a falta, a vergonha, os objetos perdidos e os segredos, mas também se transmite a manutenção dos vínculos intersubjetivos e as identificações estabelecidas no decorrer do processo de desenvolvimento emocional de cada componente da família. Na família Assis, o maior trunfo a ser transmitido corresponde à identificação com o modelo de uma família cristã perfeita, temente a Deus e seguidora, em todos os seus passos, dos mandamentos e dogmas preconizados pelo catolicismo. Em seu discurso enunciado do alto de sua experiência de mais de oito décadas de vida, Dona Auxiliadora transmite seu ideal de família, o qual pode ser facilmente identificado na família de Rita. Os vínculos mantêm-se fortes, porém ambivalentes, ora predominando a face do amor, ora a face da repulsa. Ambos – atração e repulsa – aparecem coagulados no desejo anoréxico por atender a uma exigência interna que transparece na forma de uma demanda impossível de ser cumprida.

Família Azevedo

Carmosina, a avó: *“sempre controlada”*

Alba, a mãe: *“não sei se era ciúmes”*

Mabel, a filha: *“parece que tudo ficou pesado”*

Dona Carmosina tem 87 anos, é mãe de Alba (51 anos) e avó de Mabel (25 anos). Viajo cerca de 400 km para realizar a entrevista com a participante e com sua filha Alba. Quando chego, sou informada de que dona Carmosina está ansiosa para a conversa comigo. Ela estava se preparando para temperar uma carne para o almoço familiar de domingo, quando chego e ela diz que o fará depois. Veste roupas floridas e está bem sorridente. Sua casa é simples, porém bem decorada com objetos antigos. Nos sentamos na cozinha, enquanto os outros parentes (sua filha e netas) ficam no fundo da casa, onde tem uma mesa grande e cadeiras.

Ela se mostra atenta às minhas perguntas, mas as responde brevemente. Conta que é adepta da religião católica. Todos a chamam de Carmen, mas ela me conta que seu nome é Carmosina. Ela teve 11 filhos, nove homens e duas mulheres, dois deles ainda moram com ela. Tem 17 netos e oito bisnetos. Seu marido faleceu há 25 anos. Ao contar-me sua história de vida, dona Carmosina apenas conta brevemente de uma vida permeada por pobreza material, um cotidiano marcado por muito trabalho e cuidados com os filhos e marido. Atualmente, conta que sua rotina se resume a preparar almoço para os filhos que ainda vivem com ela, cochilar e assistir às novelas. Os poucos passeios que faz são para visitar a casa dos filhos.

Após ter realizado a entrevista com dona Carmosina, me dirigi à casa de Alba para realizar a entrevista com ela. Acomodamo-nos também na cozinha. Não parecia haver na casa, de construção muito simples, outro cômodo mais privativo em que pudéssemos conversar com maior intimidade.

Alba tem 51 anos, tem uma aparência bem cuidada, que considero bonita, e trabalha como cozinheira. Tem três filhos, é casada e católica praticante. Conta que sua vida foi marcada por dificuldades, sendo o foco central a AN de Mabel e o recente relacionamento conjugal da filha.

Mabel, filha caçula de Alba, tem 25 anos. Também é uma mulher bonita, tem a aparência bem cuidada e veste roupas simples. Seu corpo magro parece denunciar o sofrimento escondido

atrás da aparente tranquilidade. Inicialmente, conta-me de maneira breve de sua constituição familiar e de seus relacionamentos dentro desse grupo. A ausência de contato físico e afetivo fica bem marcada por ela. Então, o foco de sua fala é mantido nos “problemas” de sua vida, como os conflitos familiares vivenciados (principalmente na díade mãe-filha) e o desenvolvimento de AN. Não parece haver, de acordo com seus relatos, vivências gratificantes ou de prazer, apenas lamúrias e reclamações. Ao final de nosso encontro, Mabel me diz que essa situação de entrevista lhe é muito difícil, já que sente que entra em contato direto com experiências do passado e com emoções muito intensas que ela gostaria de esquecer. Aos 14 anos desenvolveu sintomas de AN subtipo restritivo, quando ainda morava na casa dos pais. Precisou de tratamento intensivo, com longa internação psiquiátrica e interrupção de seus estudos. Com a melhora de seu quadro, voltou às atividades escolares, e mudou-se de cidade para cursar nível superior, quando houve a temida recaída da doença. É nesse contexto em que conheço Mabel, na “segunda etapa” de sua doença, em que agora recebeu diagnóstico de AN subtipo purgativo, em decorrência do uso contínuo e intenso de laxativos.

Fatos marcantes da infância

Dona Carmosina refere que tem poucas lembranças de sua época da infância. Relata a lembrança de uma mãe muito brava e de um pai amoroso, *um coitado*. Tinha sete irmãos (duas irmãs e quatro irmãos), e moravam todos em uma fazenda algodoeira, até que os irmãos foram se casando e saindo da fazenda.

Alba também destaca, nas memórias de sua infância, a lembrança dos pais. Relembra que seu pai sempre foi um homem rígido, porém carinhoso. Sentia-se muito cuidada por ele, atribuindo tal experiência ao fato de que eram nove irmãos e apenas ela e uma outra mulher. As mulheres foram eleitas pelo pai como as que seriam mais “*paparicadas*”, enquanto que a mãe sempre se mostrou mais severa:

Então ele sempre, assim, mimou muito, me paparicou muito. E a minha mãe, não sei se ela, se era ciúmes, ou se ela não concordava mesmo, então ela sempre, era sempre mais brava, a minha mãe, sabe? Qualquer coisa ela já pegava uma vara e exigia serviço, sabe, com 10, 11 anos você tinha que... com 10, 11 anos eu tinha que...
(Alba, mãe, 51 anos)

Alba lembra-se, como fato marcante, de situações em que o pai exigia que ela brincasse com as netas do patrão, proprietário da fazenda em que moravam, mesmo contra seu

desejo. Alba traz essa memória com sofrimento, ressaltando que desde pequena era obrigada a se rebaixar perante o outro.

Mabel, sobre sua infância, diz não se lembrar de muitas experiências, apenas remete ao fato de não ser muito apegada aos irmãos e de não ter sofrido agressões físicas dos pais. Posteriormente, conta que tinha uma relação mais aberta com o pai e que gostava de brincar com os primos, que tinham a mesma idade que ela. Quando iniciou as atividades escolares, conta que teve muita dificuldade, pois chorava muito para ir à escola, não queria ir. Desde essa época já demonstrava indícios de ter dificuldade em separar-se, afastar-se de casa. Ela também se lembra de ter sido uma criança gulosa, que era constantemente repreendida pelas pessoas mais velhas, que diziam que ela deveria parar de comer doces. Também se recorda de que era chamada pelos pares por apelidos pejorativos, que aludiam ao sobrepeso, associado à condenação moral.

Fatos marcantes da adolescência

Dona Carmosina relata, novamente, poucas lembranças de sua adolescência. Diz que na juventude, gostava de frequentar os bailes da cidade, sempre com dificuldade de conseguir a permissão de sua mãe, que mesmo com o desenvolvimento e crescimentos dos filhos, continuavam evidenciando sua personalidade rígida e exigente.

Alba conta a experiência de uma adolescência difícil, cercada por irmãos do sexo masculino, que ela sentia como superprotetores. Residiam na fazenda e o único período em que Alba se sentia livre era quando ia para a escola. Um de seus irmãos, reconhecido como seu parceiro nas “traquinagens”, ajudava-a a matar aulas para ficar na praça da escola, e vice-versa. A travessura rendeu à Alba uma reprovação.

Aos 17 anos, a família de Alba se transfere para uma cidade grande, na qual residem até hoje. Alba procura emprego insistentemente, com a ajuda de seu pai. Era ele quem controlava seu salário, entregando-lhe apenas o necessário para o transporte até o local. Em suas palavras: tudo *controlado*. Quando se casa, pára de trabalhar e passa a depender financeiramente do marido. Percebe que sua vida ficou mais difícil desde então. Até esse período, ela não pôde desfrutar com liberdade de seu salário, fruto de seus esforços. Depois, deixou sua condição de assalariada para se tornar dona de casa em período integral.

Nos relatos de Mabel sobre sua adolescência, é impossível não falar sobre sua AN, já que ela as considera indissociáveis. Mabel relata que sente que “pulou” uma fase da vida:

Porque, com 13 anos, pra quase 14, foi quando eu comecei a ficar doente, então não tive aquela coisa de sair muito, de... A minha adolescência eu vivi dentro do hospital, fazendo tratamento, ou dentro de casa. Que assim, era aquela angústia assim, que assim, eu falo assim que eu vivia no meu mundo, mas era um mundo que era pesado, assim, pra mim mesmo, e nem eu sabia por que eu vivia nele ali. (Mabel, filha, 25 anos)

Mabel conta que perdeu os laços com pessoas queridas nessa época, devido à mudança de cidade, e que não soube lidar com tais acontecimentos. Para Eiguer (1985), algumas famílias vivenciam todo tipo de separação com intensa dor, sem evidências de capacidades de elaboração de lutos. A cada dificuldade (crise) parece haver apenas idéias dominantes de fracasso, pessimismo e temor em relação a um futuro projetado como insatisfatório. Na família de Mabel, são muitos os relatos de perdas e dos bloqueios gerados por tais acontecimentos, que parecem frear o desenvolvimento do processo de individuação, comprometendo a dinâmica do ciclo de vida familiar.

Relacionamento com os pais

Reforçando o que já havia sido indicado por dona Carmosina nos relatos da infância e adolescência, a senhora não conta como era a relação com seus pais, ela apenas delineia em seu relato a imagem de uma mãe forte e autoritária, e do pai como um homem frágil e obediente às ordens da mãe.

Alba, ao falar sobre seu relacionamento com seus pais, repete o discurso de dona Carmosina. A senhora é percebida como uma mãe brava, muito exigente nas atividades rotineiras, fazendo com que Alba e sua irmã aprendessem com maestria as atividades domésticas.

O relacionamento com os pais, na percepção de Mabel, aponta um pai mais tranquilo, menos preocupado com a alimentação da filha e mais concentrado em outras esferas de sua vida. Enquanto isso, a mãe mostra-se excessivamente interessada em cada passo dado pela filha em seu cotidiano. Mabel sente que não pode compartilhar suas aflições do dia a dia com a mãe, que maximiza os conflitos e, assim, vão-se construindo micro-segredos familiares, que ordenam o funcionamento familiar, permeado por mistérios e desconfiança nas relações interpessoais.

O desenvolvimento afetivo-sexual e relações amorosas

Dona Carmosina conta que conheceu seu marido assistindo a uma partida de futebol amador, na qual ele jogava. Namoraram por dois anos e viveram 38 anos juntos, quando ele

faleceu. Viveu um “*namoro sério*”, que ela pontua como diferente da licenciosidade dos relacionamentos atuais. Fala de um bom casamento, com predomínio de paciência, *controle* e aparentemente sem conflitos no relacionamento conjugal. O marido era um bom homem, a única lembrança concreta que ela traz é de que ele “*montava burro bravo*” e, por conta dos movimentos bruscos, vomitava sangue. Depois do seu casamento, conta de uma peregrinação por oito fazendas em busca de um lar para moradia e trabalho, com os filhos pequenos e o marido, até encontrarem um local em que permaneceram por 15 anos. Quando os filhos cresceram, mudaram-se para a cidade em que dona Carmosina vive atualmente. Ela também se mudou para lá e vive na mesma casa há 30 anos.

Dona Carmosina conta que sentia muita vergonha ao contar para o marido que estava grávida, atribuindo essa vivência ao fato de “ser caipira”. O corpo feminino parecia estar envolto em segredos e mistérios, não desvendados ou experimentados genuinamente por ela, o que tornava difícil qualquer comunicação que envolvesse a dimensão corporal. Relata que, ao contar para o marido que estava grávida, ele respondia alertando-a para que ela tomasse cuidado, de maneira a “*não beber nada para por o filho para fora*”, com medo de que o bebê viesse a falecer. No contato com a pesquisadora, notou-se que dona Carmosina falou de forma ligeira e breve sobre aspectos relacionados à gravidez, parecendo evitar o aprofundamento no tema.

Alba relata que conheceu seu marido em uma danceteria. Vivenciaram um período de namoro percebido por ela como muito curto (um ano) e sério, com horários de saída e chegada rigorosamente controlados pelo pai. Casaram-se no religioso, cercados de boatos de que Alba estaria grávida, devido à precocidade do casamento. Os mistérios relacionados ao corpo e gravidez vão se perpetuando.

O primeiro ano de vida conjugal foi qualificado por ela como o mais difícil. Sente que perdeu a atenção do pai, ao sair de casa, em favor de sua irmã, que nesse sentido teria sido beneficiada. Conta que saiu da casa da mãe e que se ressentia por perceber que se afastara do conforto proporcionado por algumas novas aquisições da família, como aparelhos eletrônicos, por exemplo. Alba acredita que ficou com “*ciúme*”, principalmente da irmã, com quem disputava o posto de “*a mais paparicada*” pelo pai. Nessa época, a irmã passou a trabalhar e começou a adquirir novos bens para si própria, podendo usufruir de seu próprio salário, diferente de Alba, que tinha seu orçamento totalmente controlado pelo pai.

As principais crises conjugais foram financeiras e em relação à criação dos filhos. Sente que o marido foi ausente na vida familiar, porém um bom pai, mas com poucas possibilidades de dialogar com ela e com os filhos. O diagnóstico de AN de Mabel na adolescência

evidenciou a existência de muitos conflitos no núcleo familiar e no relacionamento conjugal de Alba e seu marido.

Ela ficou doente e ele [marido] não aceitava a doença dela de jeito nenhum, a família também não aceitou, então só pra gente, assim, só pra aceitar o tratamento dela com psiquiatra foi um ano, que ela se agravou, “porque ela não era louca, psiquiatra é pra louco” [arremeda falas dos familiares], e isso foi... Então, até que a gente, a gente eu falo porque eu também não aceitava que tinha que ser com psiquiatra. Aí nosso casamento quase acabou mesmo quando ela ficou internada no [nome do hospital, em outra cidade], ela ficou quatro meses lá, né. Então foi quando a gente voltou, foi quando a gente ficou meio excluída, sabe? Eles não aceitavam muito a gente, a gente começou a ficar afastada deles também... Porque então a gente ficava separada. (Alba, mãe, 51 anos)

Mabel, agora casada, conta que seu namoro foi muito curto (menos de 10 meses), vivenciado após o rompimento de um relacionamento de quatro anos – e que se casou rapidamente, assim como seus pais o fizeram. A mãe, Alba, ressentiu-se da situação, mostrando-se magoada com a rapidez com que se desenrolou o relacionamento. Agora é o marido de Mabel quem fica com a carga de “sentir-se sufocado” pelos cuidados extremos, embora à distância, exercidos pela mãe. Em seus relatos, é ele quem se queixa do controle que Alba tenta exercer sobre Mabel. A participante conta que seu primeiro mês de casamento foi de *tristeza*, já que a mãe sentia o seu enlace conjugal como uma traição. Mabel relata que foi tudo muito rápido. Sente que assustou os pais, já que antes dependia extremamente deles, como um bebezinho, que não pode sobreviver se não receber cuidados; e então deu-lhes a notícia abruptamente, mas sem titubear, de que se casaria. Acompanhado disso, aconteceu sua independência financeira, já que se graduou e passou a receber seu próprio salário. É interessante lembrar que a mãe de Mabel ressentiu-se por ter trabalhado muito, e apesar disso não ter alcançado independência financeira quando jovem.

As vivências do corpo e alimentação

Em relação à alimentação, dona Carmosina conta que produziam os alimentos na própria fazenda em que residiam, bem como faziam criação de animais, como galinhas e porcos. Os membros da família tomavam café da manhã juntos, antes de irem para a roça. Dona Carmosina era a única que não ia trabalhar na lavoura, pois, por ser a filha mais velha, tinha como obrigação cuidar dos irmãos ainda pequenos e de ajudar a mãe nos afazeres domésticos.

Atualmente, é ela quem cuida das refeições em sua casa. Conta com uma empregada doméstica para auxiliar nas demais atividades – que eram desempenhadas por sua mãe no período da infância. Não consegue eleger um alimento favorito, mas fala com carinho dos almoços de domingo em sua casa, em que ela sempre faz macarrão e frango. Sua casa é o ponto de encontro familiar em datas especiais, como Natal e Páscoa.

Sobre as vivências de seu próprio corpo, a participante conta que tem boa saúde, exceto por um problema de hipertensão arterial que ela tenta controlar quando necessário. Relata que nunca teve desejo de emagrecer, pois sempre se considerou “*muito magra, bem magrinha*”.

Não, eu era muito magra. Eu tive tireóide uma vez e fiquei tão magra, tão magra, que parecia que ia sumir, de tão magra que eu fiquei. Depois sarei da tireóide e fiquei nisso [...] Magrinha. E cada dois anos eu tinha um filho, né, sempre assim (Carmosina, avó, 87 anos)

Enquanto isso, Alba relata que seu pai sempre foi o responsável por providenciar as compras do mês, enquanto a mãe era responsável pelo preparo dos alimentos. Os irmãos faziam as refeições na roça, no intervalo do trabalho árduo na lavoura. A única refeição vivenciada pelo grupo familiar completo acontecia no Natal, como exigência do pai de Alba. Como referido por dona Carmosina, até hoje a família segue a tradição perpetuada pelo pai. Atualmente, na casa de Alba, é o marido quem faz as compras do lar, ocupando um papel que a mesma elegeu como masculino. Ela é a responsável por preparar as refeições, especialmente no horário do jantar, em que todos estão juntos, já que no horário de almoço todos estão fora, cumprindo suas obrigações profissionais. Interessante lembrar que Alba trabalha como cozinheira.

Alba conta que tem preferência por alimentos salgados. Gosta muito de fazer doces, porém “*não coloca um doce na boca*”, não sabe dizer o que não lhe atrai em doces, apenas diz que não consegue comê-los. Alba evoca uma lembrança de sua infância de que sentia muita dor de estômago, seu pai acreditava que era *fraqueza* e preparava-lhe um ovo quente, com furos na casca, para que ela pudesse bebê-lo. Hoje, ela diz ter aversão a ovo, atribuindo importância a essa história da etapa infantil.

Sobre seu as vivências de seu próprio corpo, ela diz que sente desejo de colocar próteses mamárias, para diminuir o desconforto que sente por ter mamas pequenas. Em sua juventude, quando teve seus filhos, conta que teve desejo de perder peso: não fazia dieta, mas *controlava* a alimentação. Usava roupas e outros métodos que disfarçavam o peso extra que adquiria durante as gravidezes. Assim, ela evidencia alguns temores em relação ao ganho de

peso, associados ao tamanho corporal e às calorias excessivas de alguns alimentos, como doces.

Sobre a alimentação de Mabel, quando questiono quem prepara as refeições em sua casa, Mabel conta que é sua mãe, evidenciando dificuldade em aceitar que agora tem sua própria casa e que está construindo sua família ao lado do companheiro. Era o pai o responsável pelas compras. A participante relata que gosta muito dessa atividade de ir ao mercado para comprar mantimentos, e o castigo que recebia quando “*aprontava alguma arte*” era não acompanhar o pai nesse momento, que ela vivia como um momento único da dupla, reforçando o vínculo de intimidade entre ambos. Sobre o momento das refeições, ela conta que a família nunca teve como hábito compartilhar a mesa, mesmo se todos os membros estivessem em casa. Estar reunidos, juntos à mesa, para partilhar as refeições, não era parte da experiência familiar.

Atualmente, no novo lar de Mabel, é ela quem cozinha para ela e para o marido. Antes do casamento, relata que fazia as refeições fora de casa (apesar de gostar de cozinhar), mas agora passou a cozinhar para o cônjuge no horário de almoço. Quando ela chega de seu período de trabalho, os dois comem um lanche, porém ela diz que não fazem uma refeição completa no jantar, o que tem incomodado o marido, que se preocupa com a “*volta dessa anorexia*”. Mabel relata que não consegue comer arroz e feijão quando está sozinha ou está ansiosa com o trabalho, o que a faz diminuir as quantidades das porções ingeridas nas refeições. O alimento fica diretamente relacionado ao seu estado emocional. Necessita da exigência externa para alimentar-se adequadamente, evidenciando a falta de limite interno, para que ela própria possa se responsabilizar por isso, sem que “o outro esteja vendo”.

Mabel conta que seu alimento preferido é queijo, o qual ela faz questão de ingerir todos os dias. Sobre aversões alimentares, em seu período de internação comeu muita batata e hoje não consegue mais consumir. Sua mãe também relata uma experiência de ter consumido muitos ovos na infância, forçadamente, o que faz com que atualmente ela tenha repulsa por esse alimento e não consiga mais comer. As experiências emocionais concernentes a essas peculiaridades da alimentação têm ressonâncias na vida atual das participantes, que passaram a rejeitar os referidos alimentos.

Em relação à percepção de seu corpo, Mabel diz que não se sente satisfeita, porém sente que pode *controlar* seus impulsos e alimentar-se o suficiente para que possa viver o seu cotidiano de maneira adequada. Sente que seu maior vício é o uso de laxantes:

Eu não tô satisfeita, sabe, mas que nem, assim, eu não vou mentir, quando eu vi que eu tinha emagrecido um pouco eu fiquei feliz, mas ao mesmo tempo eu também sei até um certo ponto onde eu posso chegar, porque se eu passar muito daquilo, eu sei que eu perco o controle, sabe assim. Eu usei muito tempo laxante, muito, muito tempo, laxante, assim. Foi esse ano que eu consegui parar, então, mas é uma coisa que assim, eu não posso entrar em contato, é que nem um drogado, porque se eu colocar um na boca eu não consigo parar de novo. E assim, foi uma coisa assim que eu lutei 11 anos pra conseguir parar. (Mabel, filha, 25 anos)

Sente-se mais incomodada com os membros inferiores corpo, especialmente com celulite. Fala de um anjinho (símbolo de seus aspectos racionais) e de um capetinha (símbolo de seus aspectos emocionais), que criam um embate em sua mente em relação à alimentação.

O corpo feminino parece envolver o principal não-dito da Família Azevedo. É vivido como um tabu, cercado por segredos e pudores que bloqueiam a possibilidade de conversação. Para Onnis, Gianuzzi e Romano (2007), o segredo é considerado patológico quando bloqueia o desenvolvimento do grupo familiar. Na família Azevedo, vivenciar o corpo com prazer não é uma experiência permitida, o que torna ilegítimas as conversas que abordam o tema. Alba fala de situações de sofrimento para compreender qual corpo seria o que lhe pertence, um corpo com funções eróticas e com capacidade de gerar uma nova vida. Quem acompanhava Alba para comprar roupas, algo que parece ser um campo que possibilitaria a criação da intimidade entre mãe e filha, era o pai. Ela se percebe como herdeira desse distanciamento afetivo da mãe, já que sente que a relação com seus filhos, em muitos momentos, foi marcada pela ausência e afastamento afetivo.

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Dona Carmosina se percebe como uma mãe “*ranhetinha*”, porém que deseja o bem de seus filhos. Conta que é brava e preocupada, assim como é a compreensão que ela traz de sua própria mãe durante sua infância e juventude. Até hoje não dorme se um dos filhos – o que vive com ela, não está em casa:

Ah, nem que deita não dorme, fica esperando, até chegar (Carmosina, avó, 87 anos)

Dona Carmosina relata que desde cedo assumiu responsabilidades semelhantes às de uma mãe, provedora do lar, aprendendo precocemente a exercer a maternagem, muito antes de ter seus próprios filhos, já que era a filha mais velha, responsável pelos cuidados dos irmãos menores. Com o passar dos anos, aprendeu a costurar, passou a fazer “trabalhos para

fora” e pôde assim ajudar no orçamento doméstico. Sua mãe trabalhava como lavadeira. Dona Carmosina amamentou todos os filhos por cerca de um ano, quando descobria a gravidez do próximo filho e, assim, precisava interromper a amamentação, não podendo se dedicar integralmente aos cuidados maternos dos mesmos, porém sempre atenta às necessidades concretas do lar.

Alba atribui ao “ser mãe” um significado de cuidados concretos, cotidianos. Assim como dona Carmosina, desde muito nova foi responsável em auxiliar nos afazeres domésticos. Alba e sua irmã aprenderam ainda muito jovens os cuidados que se deve ter para manter uma casa. Esses cuidados foram ensinados pela mãe, que lhes transmitiu sua experiência prematura de cuidar do lar e exigiu que as mesmas tivessem a mesma postura.

Na relação com sua própria mãe, Alba sente que é ausente, ao contrário do que dona Carmosina relata sobre a ligação com a filha. Diz que se percebe “*deixando a desejar*”, pois faz poucas e curtas visitas à mãe. Não tem o costume de beijar a mãe quando a encontra e também diz que, como não aprendeu tal costume com sua mãe, também não pôde transmiti-lo aos filhos. Apesar de sentir falta desse contato físico afetivo e de acreditar que a mãe também se ressentia, Alba não percebe que é possível fazer diferente.

Repetindo os cenários de avó e mãe, Mabel e a irmã já tinham diversas responsabilidades na manutenção da casa, como limpar, preparar refeições e ir ao banco para pagamento de contas da família. Conta esses episódios com certo ressentimento, dizendo que acha que cresceu cedo demais, já que os pais não podiam cuidar-lhe todo o tempo, como ela gostaria. Alba, sua mãe, também relatou, em sua entrevista, que ainda nova a filha precisou aprender os cuidados com a casa. Transmitiu essa experiência para as filhas, ensinando-lhes o que e como aprendeu com sua mãe, sem a percepção consciente de que a necessidade prematura de desenvolver tais responsabilidades trouxe grande sofrimento para Mabel.

Ser mãe, na Família Azevedo, remete à rigidez e preocupações. O espaço subjetivo de ser mãe era ocupado por sentimentos de angústia e autoridade. Não há relatos de experiências de carinho e afeto em relação aos filhos, seja na maneira como dona Carmosina, Alba e Mabel foram cuidadas, seja nos cuidados que mãe e avó podem oferecer aos seus próprios filhos.

Relação mãe-filha

A relação entre dona Carmosina e Alba é tranquila, na percepção da senhora. Alba é uma boa filha, nunca lhe trouxe problemas, é “*controlada*”. Não tem lembranças da gravidez da filha, e conta que escolheu seu nome ao lê-lo em uma revista.

Ainda sobre a filha Alba, dona Carmosina fala que ela é especial. Moram muito próximas e a senhora conta que ela a visita todos os dias, nem que seja por alguns minutos. Já Alba, em sua entrevista, não confirma essa regularidade das visitas, dizendo que vê a mãe apenas uma vez por semana.

Alba, sobre a relação com sua mãe, define-a como uma mulher exigente em relação às responsabilidades delegadas às filhas, porém ausente no contato afetivo e íntimo.

Já com sua própria filha, Alba parece sentir que deve algo à filha Mabel, e para suprir essa falta dedicou-lhe muitos cuidados após o desenvolvimento da AN, enquanto os outros acabaram por serem negligenciados por ela em relação aos cuidados maternos. A isso se somam relatos de que cuidava dos filhos de outras pessoas (vizinhos e parentes), deixando de atender às necessidades de seus próprios filhos. As gravidezes, todas não planejadas e descobertas com demora, evidenciam pouco conhecimento e contato genuíno com o próprio corpo e com as mudanças, inclusive físicas, advindas da gravidez. O marido também apresentava sinais de rejeição em relação ao corpo de sua esposa grávida e ao desenvolvimento dos filhos.

Alba, em seu relato, diz que se sentia “*sugada pela filha anoréxica, manipuladora*”, na época dos sintomas agudos de Mabel. Ressentia-se também quando estava com os filhos, nos finais de semana (no período de internação de Mabel, em que passava a semana com a filha e retornava ao lar nos finais de semana), pois utilizava todo o tempo para lavar e passar roupas, não conseguia estar com eles genuinamente, com trocas afetivas. A família chegou a iniciar terapia familiar, porém Alba diz que o marido não gostava de psicólogos, evidenciando dificuldades do grupo familiar em aceitar ajuda para lidar com os componentes emocionais suscitados pela AN. Assim, a relação de Alba e Mabel delineia um campo de sentimentos ambivalentes e muito oscilantes – do amor ao ódio em questão de segundos. Mãe e filha se sentem incompletas, vazias quando estão longe, porém completamente invadidas e dominadas quando próximas (Ribeiro, 2011).

A relação Alba-Mabel é envolta em conflitos e ambivalência afetiva: ora Alba deseja que a filha necessite dela para sobreviver, ora deseja que ela possa viver de modo mais independente de sua figura de mãe protetora. Conta de episódios em que investiga secretamente os pertences da filha, para tentar descobrir ou adivinhar o que acontece em sua vida. Não há vivência de um diálogo franco e aberto entre mãe e filha. As inquietudes não podem ser partilhadas, tornam-se segredos a serem guardados e desvelados silenciosamente. Há evidências de um vínculo intenso, porém ambas percebem a fragilidade dessa ligação.

Também na percepção de Mabel, a relação mãe-filha mostra-se muito marcada por sentimentos ambivalentes: desejo de fundir-se à mãe, contrastando com o desejo de separar-se sem sofrimento. Mãe e filha parecem eternamente ligadas por laços de amor e ódio, que não podem ser vividos de maneira natural devido ao seu potencial perturbador e à fragilidade de defesas. Essa dinâmica acarreta prejuízos ao desenvolvimento emocional de Mabel, dificultando a construção de esquemas próprios de independência e autonomia (Ribeiro, 2011).

Transmissão da feminilidade

A transmissão da feminilidade na Família Azevedo, parece acontecer, primordialmente na transmissão dos cuidados ao lar e com o corpo feminino. Toda mulher Azevedo aprende desde muito jovem a manter uma casa limpa e bem arrumada, bem como as demais responsabilidades, como contas a pagar, ou então o cuidado com os irmãos mais novos, evidenciando o desenvolvimento de uma maternagem precoce, porém com caráter de obrigação, não de afeto. Ser mulher está associado à responsabilidade, em detrimento do prazer e satisfação.

Além disso, o corpo feminino se constitui enquanto um dos principais segredos da família, e as vivências de medo/vergonha/insatisfação parecem se repetir entre as gerações. Não havia espaço para conversas em relação ao corpo feminino, que permanecia permeado por mistérios. Não havia diálogo e orientação em relação às mudanças próprias do desenvolvimento físico e emocional (menstruação, namoro, sexualidade, gravidez, parto):

Tudo o que a gente aprendeu, que nem, a primeira vez que menstruou, eu não sabia de nada. Porque ela [mãe] sempre foi, acho que a própria criação dela, né, já foi assim, então ela não permitia que falasse nada, ela tomava anticoncepcional, mas a gente não podia ver ela tomar. Eu lembro dos meus três irmãos que nasceram, os últimos, lembro dela grávida, até a roupa que ela foi pro hospital com o meu irmão caçula eu lembro: um vestido xadrezinho de rosa. Mas você não podia falar, não podia tocar no assunto, que tava grávida, esperando a criança. (Alba, mãe, 51 anos)

Ressalta-se, ainda, que Mabel desenvolveu sintomas de um transtorno que remetem ao corpo infantilizado, que se distancia do corpo de mulher, com curvas atrativas ao sexo oposto, no período da puberdade.

A anorexia nervosa

Esta parece ser a categoria que melhor contempla os resultados da Família Azevedo. É possível notar, no grande volume de informações, como a família reorganizou sua dinâmica em torno dos sintomas desenvolvidos por Mabel (Eisler, 1995; Ma, 2005).

Para a avó, dona Carmosina, a AN da neta Mabel é um mistério. A participante conta que tem conhecimento de que Mabel faz tratamento, porém não sabe para qual doença. Conta de um período de dificuldade aguda na vida da neta, que chegou perto da morte, porém relata não saber se o motivo dessa situação está relacionado com o problema de AN da neta, da qual tomou conhecimento apenas quando aconteceu a internação de Mabel. O corpo (erótico, biológico, campo de sensações) parece constituir um tabu para dona Carmosina, circunscrito em mistérios insondáveis, pudor e segredos. Devido aos interditos, não é possível conversar sobre as funções do corpo, nem sobre doenças que ficam “marcadas” no mesmo.

Sobre Mabel, atualmente, ela tem a seguinte percepção:

Nossa, hoje ela melhorou 100%, meu Deus. Ninguém diria que essa menina ia pra Ribeirão estudar lá, até se formar, né, casar... Quando ela falou: “vou casar”, a gente nem acreditava, nossa, não é possível, né? A menina que tava quase morrendo, casada [risos] (Carmosina, avó, 87 anos)

Alba viveu de perto o início da AN da filha Mabel, já que a filha morava com ela aos 14 anos. A participante traz um relato de peregrinação por psiquiatras da cidade (além de psicólogo, nutricionista e dentista), até encontrar um profissional que fizesse um diagnóstico apropriado do problema da filha e prescrevesse o tratamento adequado. Mabel enfrentou uma internação de quatro meses em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral na cidade de São Paulo. Por ser menor de idade, era necessária a presença constante de um acompanhante. Alba era quem fazia esse papel durante a semana, e seu marido aos finais de semana.

Alba refere que houve uma mudança extrema na rotina familiar, acompanhada de sentimento de culpa, por sentir que cuidava apenas de um de seus filhos em detrimento dos demais. Ela sente que abandonou os outros filhos:

Eles [filhos] não aceitavam muito a doença da Mabel, né, então eles achava muito que era sem-vergonhice, que eu abandonei eles porque eu tava lá... A Cláudia tava fazendo faculdade, trabalhava o dia inteiro, e a noite ela ia pra [nome de outra cidade], porque fazia faculdade em outra cidade... Então chegava e não tinha comida pronta, não tinha as coisas, tinha que se virar, então no fundo... O outro também, o menino também trabalhava, aí chegava à noite também, não tinha as coisas certas, sei lá, acho que se sentiram abandonados, né. E ele [marido] acabou virando dono de casa, né, que ele trabalhava o dia inteiro, chegava em casa, tinha que fazer comida pra eles, lavar a louça, aí no sábado ele ia pra São Paulo, pra mim vim cuidar da roupa que ficava lá a semana inteira. Então a gente não se encontrava mais. (Alba, mãe, 51 anos)

Sobre possíveis causas da AN, Alba associa o desenvolvimento dos sintomas a um garoto com quem Mabel se envolveu na adolescência, que lhe dizia que homens não se

interessavam por mulheres gordas. O garoto rompeu o relacionamento com ela em certo momento, e Alba acredita que a filha internalizou a frase e ficou com receio de que estivesse gorda, iniciando então alguns comportamentos de restrição alimentar

Sobre o relacionamento com os outros filhos, traz um relato permeado por sentimentos de culpa e a percepção de ter abandonado os filhos:

[...] a Mabel foi a que mais teve tudo, né, a outra, a mais velha foi a mais... eu acho, no meu ver, que ela foi a mais, assim, prejudicada, mais largada, mais tudo, porque ela fez um ano numa semana, na outra semana nasceu a outra. Então ela não teve aquela atenção que ela precisava, né, começou a falar, tava começando a andar... E já tinha o meu afilhado também, que já achava que tinha que dar mais atenção pra ele do que pra ela. Aí eu fui largando, fui largando... Aí teve a gravidez do Marco, que eu fui saber que tava grávida do Marco já tava de quatro meses, já, eu não sabia... Tava amamentando ela, aí ela foi prejudicava porque eu tive que parar de amamentar... Aí tava grávida de quatro meses do Marco e foi tudo assim, querendo dizer, ele [marido] me criticou muito: “nossa, não aguento mais, não aguento mais mulher grávida na minha frente”, aí eu falei: “mas não fui eu que fiz sozinha, né?”. Não é verdade? Então foi meio assim. Aí nasceu o Marco, tudo, como foi menino e tudo, né, aí ele deu uma acalmada, ele colocou o nome, tudo, então foi tranquilo. (Alba, mãe, 51 anos)

Na medida em que nossa entrevista se desenvolve, Alba evidencia que tem uma compreensão mais profunda da doença de Mabel, que remonta aos primórdios de seu desenvolvimento. Assim, penso ser necessário retomar aqui a história da gravidez, amamentação e cuidados iniciais entre Alba e Mabel.

Quando aconteceu a descoberta da gravidez de Mabel, Alba e seu marido estavam vivendo um período turbulento de crise financeira e no relacionamento conjugal, que desencadeava muitas brigas. O marido acreditava que Alba engravidara propositalmente e o casal vivenciou um período de intensos problemas emocionais. Mabel nasceu antes do tempo (no oitavo mês de gestação), pois apresentava sintomas de taquicardia ainda no útero. Desde aquela época já dava sinais de ser um bebê ansioso, agitado, que nascera em um ambiente turbulento, no qual as emoções intensas não podiam ser expressas plenamente ou ser elaboradas.

O bebê necessitou ficar alguns dias no hospital. Era o pai de Alba quem a levava para amamentar a filha nas horas certas. Ele desembrulhava Mabel de seus cobertores e roupas e checava a pulseira, para certificar-se de que ela não havia sido trocada. O avô parecia sensível às emoções familiares e evidenciava um temor de que a netinha que nascia (sua “*barbuleta*”) não fosse desejada ou bem cuidada. Quem escolheu o nome “Mabel” foi a irmã, que disse, ao visitá-la no hospital: “Esse bebê feio vai chamar Mabel”.

Com um mês de idade, Mabel apresentou, de acordo com o relato da mãe, sintomas de uma “*adolescência precoce*”, como penugem e corrimento. Foi necessária coleta de sangue e de outros exames. Nesse momento, o marido de Alba expressou sentimento de culpa por não ter desejado a gravidez, temendo ter transmitido tais emoções à filha e que a rejeição pudesse ter gerado tais disfunções corporais. A partir desse episódio, o casal, principalmente Alba, parece ter se reestruturado para que nada mais faltasse para Mabel, que passou a receber atenção especial e a ser mais cuidada e mimada do que os outros filhos.

Alba amamentou os três filhos, porém por curto período. Mabel foi amamentada por apenas 20 dias, quando seu avô materno faleceu, e Alba, muito apegada ao pai, relata não ter conseguido mais amamentar, lembrando que era ele quem a acompanhava em seus momentos de amamentação no hospital. A dor emocional do luto parece ter bloqueado o contato corporal e emocional com a filha caçula, necessário ao desenvolvimento da amamentação, perpetuando o sentimento de Alba de que está sempre em falta com Mabel, desde os cuidados iniciais.

A atualmente, Alba diz que percebe a filha como uma pessoa vitoriosa, pois conseguiu superar o baixíssimo peso (32 quilos aos 14 anos de idade) e suas crises nervosas. Acredita que foi uma conquista, para ela e para a filha, Mabel ter conseguido completar um curso universitário em instituição pública de ensino e morar em outra cidade, distante do contato concreto com a mãe.

Mabel casou-se com seu namorado, após curto período de namoro. Alba vivencia o casamento da filha como uma traição, já que sente que perdeu seu domínio “absolutista” no que concerne aos cuidados da caçula (Ribeiro, 2011). Percebe o genro como uma pessoa muito diferente de sua filha. Tenta oferecer-lhe conselhos sobre o casamento, sem se dar conta de que repudia, na filha, tudo o que ela sente que faltou em seu próprio relacionamento conjugal, que também aconteceu após um curto período de namoro.

Para Alba, antes da AN a família vivia uma rotina normal. Após uma longa peregrinação em busca de tratamento para a filha, deflagrada pelo início dos sintomas e pela queixa de funcionamento agressivo da filha, Alba conheceu em um ponto de ônibus uma pessoa que lhe passou o contato de uma psiquiatra que poderia ajudá-la. A percepção é de uma “salvadora” que descobriu seu problema, possibilitando nomear seu sofrimento, e que pôde lhe mostrar o caminho adequado, diferente dos profissionais por quem já tinha passado. Inicia-se então o tratamento de Mabel, mediado por meio do contato inicial com essa profissional, em um serviço especializado para TA.

Após o início do tratamento, a família ainda viveu um período de intensas dificuldades, com as internações e recaídas reiteradas da caçula. Certo dia, Mabel ingeriu um

litro de desinfetante. É possível que a filha tenha sido eleita como o bode expiatório dos problemas familiares, permitindo aos membros canalizarem suas energias e atenção para a mesma (Oliveira & Hutz, 2008). Em um grupo em que não há permeabilidade ao diálogo e no qual a expressão das emoções é coibida, é possível perceber as tensões que perpassam o contato do dia a dia, é Mabel quem evidencia que algo não vai bem. De acordo com Eiguer (1985), o sintoma psicótico revelado pode ser a chance de “salvação” para o grupo, que pode então buscar auxílio externo para seus conflitos. Alba tem a percepção de que a AN é uma maneira que a filha encontrou para chamar a atenção dos familiares para algumas questões não resolvidas.

Mabel teve um problema no útero, que Alba associa com a falta de menstruação. Ela conta que não sabe se a filha poderá ter filhos. Parece haver receio de que a filha possa não exercer a maternidade, havendo assim uma interrupção na cadeia geracional.

Ao final de nossa entrevista, Alba me oferece um pedaço de pudim, feito por ela. Aceito de bom grado e saboreamos juntas a iguaria. Esse momento foi compartilhado por Mabel, que também se serviu de um pedaço da sobremesa. Despeço-me delas, ainda com o caminho da viagem de retorno pela frente.

Também para Mabel, a AN é um evento central de suas narrativas e preenche praticamente todo o nosso contato. Tema dominante mesmo nos momentos menos estruturados da entrevista, quando era investigada a história de vida. Torna-se, assim difícil separar a história de Mabel em categorias, que se misturam o tempo todo, de maneira mais intensa do que nos relatos dos outros participantes. Mabel conta que recebeu o primeiro diagnóstico quando tinha cerca de 14 anos. Fez tratamento intenso e extenso, até receber alta. Aos 24 anos percebeu uma recaída e buscou novo tratamento. Em relação ao problema, relata que, quando era adolescente, sentia um *vazio* que a perturbava:

E eu comecei, eu não sei te dizer, uma causa exata assim pro que aconteceu, foi um momento que eu fui tendo várias perdas na época e acho que eu não soube trabalhar muito bem com elas, assim. Parece que tudo ficou pesado e eu achava na época que, se eu fosse mais magra, que as coisas iam se resolver, aí não sei também como que eu associei aquilo, e foi onde eu achei que aquilo era uma solução na época, que aí foi 10, foi 15, foi 20 quilos e aquele vazio não preenchia. (Mabel, filha, 25 anos)

Sobre o início dos sintomas de AN, Mabel evoca um acontecimento um pouco diferente do relatado pela mãe. Conta que havia “uma pessoa” de quem gostava, da vizinhança, mas que cortou o relacionamento com ela sem maiores explicações. Depois de alguns dias, ele apareceu com uma garota muito magra, em sua opinião. Mabel diz ter associado o rompimento ao fato de

se sentir gorda, acreditando que o rapaz rompeu com ela por seu possível sobrepeso. A partir desse episódio iniciou dietas para emagrecer. Ela prossegue sua narrativa contando de uma série de perdas que amargou nesse período, como o distanciamento de algumas amigas, ou então a falta que sentia do apoio dos pais no dia a dia, já que estes trabalhavam o dia todo, constituindo-se traumas não elaborados que permeiam - e bloqueiam - suas vivências internas e externas (Puget, 2000). É possível perceber que Mabel é muito sensível a mudanças nos relacionamentos.

A jovem conta que iniciou o tratamento, aos 14 anos, e logo foi internada, pois teve uma parada cardiorrespiratória e chegou a ficar alguns dias em coma, o que não apareceu no relato de sua mãe. Nesse período, Mabel parecia viver uma “morte anunciada”, já que seu pai chegou a comprar-lhe terreno (jazigo) em cemitério, pois havia previsão de morte ou então de graves sequelas orgânicas. Após sair do coma, Mabel narra essa experiência, percebida como um renascimento, já que ao recuperar a consciência não conseguia falar (apenas balbuciava frases), nem andar. Sente que precisou aprender novamente essas habilidades básicas. Ficou sete meses em regime de hospitalização integral, inconformada por estar em uma enfermaria psiquiátrica, pois “*não era louca*”.

A presença de acompanhante era obrigatória na internação, em período integral. A participante conta que exigia a presença de sua mãe, com dificuldade de aceitar outras pessoas:

E assim, eu tinha uma relação muito assim, que queria que a minha mãe ficasse o tempo todo junto. Ao mesmo tempo que eu queria ela perto, eu tinha raiva também, sabe? Sabe, às vezes eu achava que a culpa de eu tá daquele jeito era dela, assim, um pouco. E aos finais de semana o meu pai ia lá, ficar comigo também, tinha, mas tinha final de semana que eu queria que estivesse lá, mas eu tinha raiva da minha mãe não tá ali. Parece que era uma punição que eu tinha e que ela também tinha que ter. Meus irmãos, assim, eles nunca foram me visitar, nesse tempo que eu fiquei internada, nunca chegaram a ir. (Mabel, filha, 25 anos)

Mabel percebe que era uma paciente rebelde, já que não acatava ordens dos profissionais que cuidavam dela. Retirava as sondas que lhe eram colocadas para alimentação e afirma que não queria melhorar. Sente-se culpada, pois o pai teve prejuízos financeiros na época, com reflexos até a atualidade, para pagar as despesas com tratamentos médicos. Conta que foi por meio de uma reflexão racional que optou por melhorar, já que diz ser a única paciente que não recebia alta licença para passar finais de semana em casa. Assim, passou a acatar as exigências do tratamento.

Para dedicar-se integralmente ao tratamento permaneceu um ano sem estudar. Sentiu dificuldade para voltar à escola, pois se percebia com um funcionamento mais lento que os

demais alunos, e se sentia envergonhada pelos olhares alheios, já que ela estava muito magra e achava que chamava a atenção por onde passava.

Quando iniciou o curso de graduação e mudou-se de cidade, diz que chegou a ganhar mais de 20 quilos, e atribui esse ganho de peso a reposições hormonais que precisou fazer na época. Sentiu muito a ausência da mãe, já que não conseguia fazer refeições se a mesma não estivesse ao seu lado. Conta que Alba ficou doente também, pela separação das duas. O pai de Mabel precisou ser firme na situação, para que a filha não voltasse para casa e pudesse concretizar seus estudos. Mabel mostra extrema gratidão pelo pai, por ter assumido tal postura rígida na época.

Os conflitos familiares são resolvidos com dificuldade na percepção da jovem. Mabel conta que já foi mais explosiva, porém percebe que não obtinha sucesso em suas demandas. Atualmente, mantém uma postura calada frente aos problemas e desgostos vivenciados dentro do círculo familiar. Os irmãos são pouco presentes em sua vida, o que, em sua percepção, restringe a possibilidade de emergirem conflitos abertos entre eles. Em relação ao relacionamento com a avó, participante da pesquisa, Mabel conta que seu lar sempre foi para ela um refúgio após as “brigas” com sua mãe, intensificadas após o início dos sintomas alimentares. Quando morava na mesma cidade, fazia visitas diárias à avó. Atualmente, está assustada com a proximidade da morte da senhora, por questões de idade, então quer aproveitar cada momento possível ao lado dela.

Mabel sente que o principal problema do núcleo familiar foi, e ainda é, seu problema alimentar. Diferentemente de seu relato anterior, conta de episódios de agressões físicas dos pais, com o intuito de obrigá-la a comer, já que demonstravam uma compreensão da problemática como resultante de “*falta de vergonha na cara*”, sugerindo uma rigidez que os distanciava dos aspectos emocionais da AN. Pondera que apanhou dos pais em uma situação de desespero de ambos, que buscavam qualquer método para que a filha melhorasse. Pelo relato, parece não haver espaço no ambiente familiar para o reconhecimento de um mundo mental, capaz de produzir sintomas que não estão sob o controle consciente do membro acometido. Nesse contexto, prevalecem as atitudes moralistas e condenatórias, sendo comum a atitude de “buscar os culpados” pelas situações adversas.

Mabel voltou a buscar atendimento especializado para TA quando morava sozinha, na cidade onde realiza seus estudos universitários. Ela relata a reincidência de alguns sintomas do transtorno:

Eu tava numa fase ruim mesmo, eu tava. O que mais começou a me incomodar foi esse uso do laxante, assim, porque eu usava indiscriminadamente, assim, comprava aquelas cartelinhas que vinha 20, dava pra dois dias, sabe assim, dava pra três dias, assim, eu fazia um estoque daquilo em casa, só que assim, como eu não queria que ninguém soubesse que eu tomava, uma semana eu ia numa farmácia num bairro não sei aonde, na outra semana eu ia... Sabe, peregrinava [pela cidade] em busca de farmácia. Aí, assim sabe, até que aquilo foi passando, e aquilo começou a me dar vergonha, sabe, ou então, às vezes não queria ir na casa de um, na casa de outro, porque tava tomando laxante, tava isso, ou então eu não comia isso, não comia aquilo. Aí aquilo, sabe, comecei a pensar: “não é certo”, sabe, “um comportamento desse, assim”, e eu me sentia mal com aquilo, aquilo me incomodava. (Mabel, filha, 25 anos)

Uma pessoa conhecida lhe indicou o tratamento especializado no GRATA. A aproximação com o serviço foi espontânea. Mabel sente que o início do tratamento foi muito difícil, pois a família acreditava que a caçula estava com os sintomas remitidos e que não retornariam mais depois de anos sob controle. Ainda, assim, aceitaram reiniciar o tratamento, acompanhando-a e organizando-se para tanto. Mabel percebe que, atualmente, consegue ser mais racional e distanciar-se, na medida do possível, de suas fantasias em relação à alimentação, “controlando” melhor sua alimentação.

Família Sampaio

Noêmia, a avó: *“as coisas tristes da nossa cabeça”*

Amparo, a mãe: *“trabalhava à noite, não tinha como ficar perto”*

Catarina, a filha: *“nunca aceitei a relação entre o meu pai e a minha mãe”*

Agendo uma data para a entrevista com dona Noêmia depois de algumas insistências minhas junto à Amparo, mãe de Catarina. Como justificativa para a procrastinação desse encontro eram evocados os problemas de saúde, afinal, trata-se de uma senhora de 84 anos de idade. Mas por vezes eu tinha a sensação de que Amparo, por algum insuspeitado motivo, não gostaria que a conversa acontecesse.

Desloquei-me até a cidade em que vive dona Noêmia, no interior de São Paulo. Combinei com Amparo que iria buscá-la em sua casa, para irmos juntas até a casa de dona Noêmia, para que eu *“não chegasse sozinha”*, como sugerido por Amparo. Ao chegar à porta da casa da mesma, pude perceber a simplicidade com que vivia sua família. Ela levava um suco, a pedido de sua mãe, para que tomássemos café da manhã. Fomos juntas e Amparo me dizia que sua mãe estava muito animada para nosso encontro.

Lá chegando, descobri que essa senhora mora com o marido, que estava na igreja. Uma das filhas vive na casa ao lado e há um portão que interliga os dois lares. É uma casa simples, mas bem cuidada. Amparo me ofereceu café da manhã, mas combinamos que conversaríamos e depois poderíamos comer. Dona Noêmia é uma senhora extremamente magra, veste roupas simples e tem o rosto disforme – um olho maior que o outro. Depois, ela me contaria que a deformidade era decorrência de um acidente vascular cerebral (AVC). Amparo diz que fará um passeio, para que possamos ficar a sós e conversar melhor. Acomodamo-nos no sofá da sala. Apresento-me a ela e falo de meu trabalho. Começo a fazer algumas perguntas, referentes aos dados socioeconômicos, mas ela, ansiosamente, já começa a me contar sua história de vida, evidenciando intenso desejo de dividir suas angústias com alguém. Ela relata ter dez filhos, todos vivos. Tem 84 anos e estudou pouco, já que frequentava a escola da fazenda em que vivia, e sempre havia troca de professoras. Conta que elas *“não estavam gostando”* de trabalhar ali e por isso abandonavam a escola. É nascida em outro Estado, onde foi criada em uma fazenda, ao lado de nove irmãos.

Dona Noêmia evidencia também necessidade de me contar sobre seu cotidiano atual. A cada pergunta que faço, referente aos seus dados pessoais, ela traz um longo discurso a respeito de aspectos de sua vida. Chama a atenção que todos os relatos são passagens sofridas de sua longa trajetória de vida. Conta-me que já se submeteu a muitas cirurgias e tratamentos para diversos problemas de saúde, inclusive mostra-me uma cicatriz no abdômen, referente a uma das cirurgias realizadas, da qual os médicos não acreditavam que ela pudesse sobreviver. Os escassos recursos financeiros recebidos por ela e pelo marido são gastos em remédios. Ressalta que seus problemas são difíceis de entender e logo me ocorre que ela não está falando apenas de seus problemas de saúde física, e que sua vida é muito difícil.

Ela valoriza, várias vezes em nossa conversa, que seus filhos são muito cuidadosos com ela, sempre prontos a atendê-la em suas necessidades. Porém, em suas falas, nos relatos de Amparo e em minhas poucas observações do ambiente familiar, percebo que ela e o marido recebem pouca atenção de seus filhos. Seu discurso, reiterado insistentemente, parece mascarar a dor produzida por certo desamparo.

Relata também ter cerca de 30 netos, mas não sabe especificar o número exato. Tem dificuldade no relacionamento com alguns. Dona Noêmia conta que tem netos *legais*, mas que outros nem a cumprimentam. O neto, filho de sua filha que mora ao lado de sua casa, foi quem construiu o muro que separa a casa de dona Noêmia e dessa outra família. Ela se mostra muito ressentida com esse fato e não compreende porque o neto fez isso. Conta que essa sua filha já perdeu outros três filhos, em situações trágicas, acidentais.

Dona Noêmia trabalhou por muitos anos como empregada doméstica em casas de fazenda. Vangloria-se de que lavava muito bem roupas e que fazia pães. Teve um “*estupor*”, que deformou seu rosto, deixando-o com um lado repuxado, o que lhe deixou muito triste. Recentemente, dona Noêmia perdeu muito peso. Ela atribui tal perda ao fato de “*sentir tristeza*”:

[...] fui também no meu cardiologista, que é o doutor [médico de sua cidade], fiz o exame, tudo exame que ele pediu, não deu nada também. Eu falei: “ai, é só Deus que pode me curar e mandar toda a tristeza embora”, não é, fia? É isso que eu penso. E também eu sinto muita saudade dos meus filhos, se eles não podem vir uma semana, eu acho que já fez um mês [...], eu gosto que eles vêm sempre. (Noêmia, avó, 84 anos)

Amparo tem 52 anos, é a oitava filha de dona Noêmia e reside na mesma cidade em que vivem seus pais. Mora com seus dois filhos – Catarina, de 29 anos e um rapaz de 27 anos. É divorciada e frequenta a igreja evangélica. Atualmente está aposentada. Por muito tempo trabalhou como cozinheira no restaurante de uma grande indústria. A entrevista foi realizada em uma sala reservada do Hospital das Clínicas. Amparo verbaliza com muita rapidez, parece

estar sempre ansiosa e acelerada. Veste roupas joviais e decotadas, contrastantes com seu rosto vincado por marcas do tempo, que parecem denunciar uma mulher mais velha.

Amparo, ao contar-me sobre sua vida, focaliza o divórcio e as dificuldades que enfrentou, especialmente as crises financeiras, após a saída de seu marido de casa, quando ela ficou com a guarda dos dois filhos pequenos. Conta brevemente do início do envolvimento de seu filho com drogas na adolescência, mas valoriza que a situação foi erradicada. Também aponta o problema da AN da filha Catarina e menciona ter uma irmã que tentou suicídio por três vezes. Praticamente não aparece em seus relatos qualquer vestígio de experiência ou vivência positiva e gratificante. Apenas situações de intenso sofrimento pessoal e familiar.

Catarina tem 28 anos e é a filha mais velha de Amparo. Eu a recebo para a entrevista no dia de seu retorno ambulatorial, e nos encaminhamos para uma sala reservada da instituição. É uma manhã chuvosa e faz frio. Catarina veste calça jeans, um casaco branco e tênis. Sua aparência é de muito descuido. Está muito mal penteada e os olhos estão vermelhos e arregalados. Não há sinal de vaidade, apenas de descaso com a própria aparência.

Sobre sua vida, ela destaca a separação de seus pais, quando ela tinha três anos de idade. Fala de mudanças de casa nesse período, na busca por um lar, em peregrinação pela casa de tios e dos avós maternos. A adolescência é marcada pela necessidade de se responsabilizar, junto com a mãe e o irmão, por complementar o orçamento familiar. Queixa-se da ausência do pai. Vivencia sentimentos de solidão e desamparo. Mostra-se carente de afeto e cuidados.

Fatos marcantes da infância

Dona Noêmia refere que sua infância foi uma boa época, em que tinha muitos amigos e primos faziam em casa muitos pães, bolos e bolachas e frequentava festas e missas. Ela relembra seus avós, especialmente o avô paterno que era rico como seu pai e que era próximo de sua família. Era na casa dos avós paternos que eram realizadas as reuniões de família. Seu pai recebeu várias heranças e foi aumentando seu patrimônio ao longo da vida. Atualmente, as terras estão sendo disputadas pelas pessoas da família.

Ela relata ter vivido um período de muita fartura, não apenas alimentar, mas também de possibilidades de terem boas roupas, confeccionadas por uma costureira da família, e frequentarem lugares interessantes: “*era vida gostosa*”. Dona Noêmia ajudava sempre no cuidado com o lar e com os irmãos menores, mas sempre ressaltando a alegria de época, apesar das responsabilidades assumidas precocemente.

Amparo evidencia em seu discurso sobre a infância o período em que morava na fazenda com seus pais e irmãos. Era necessário árduo esforço físico para que fossem cumpridas todas as obrigações. Amparo frequentava a escola, porém conta que ela e os irmãos iam caminhando até o local por cerca de duas horas, e muitas vezes não tinham sapatos para calçar. Também não tinham comida para levar como merenda para a escola, já que eram muitas crianças e a família não conseguia suprir as necessidades de alimento de todos antes de irem para as aulas.

Conforme foram crescendo, Amparo e os irmãos passaram a auxiliar os pais no trabalho na lavoura e na casa, o que contribuiu para melhora na condição financeira da família. Ela relata que a mãe trabalhava muito, lavando roupas para fora. Em um cotidiano pautado pelas necessidades prementes de sobrevivência material, não havia espaço para usufruir os aspectos lúdicos, ou mesmo para se dedicar aos estudos, condições consideradas relevantes para o desenvolvimento da criança. Adultos e crianças exerciam as mesmas funções e obrigações, pouco se diferenciando nesse sentido.

Para Catarina, o que a marcou na infância foi o relacionamento de seus pais. Relata que não aceitava (e ainda não aceita) a relação dos dois. Catarina conta, diferentemente do relato de sua mãe (Amparo), que seus pais se divorciaram quando ela e o irmão eram crianças, mas que continuaram se encontrando, como amantes, já que o pai teve outros relacionamentos. A ausência paterna é marcante em seus relatos.

Então, com o meu pai eu nunca tive muito contato na infância, eu tive mais contato com a minha mãe. Então era a minha mãe que fazia as coisas, levava nós pra passear, levava para dar volta, comprava as coisas, era só a minha mãe, não era o meu pai, não tinha, não tinha pai, pai não existia. (Catarina, 28 anos, filha)

Fatos marcantes da adolescência

A adolescência de dona Noêmia também foi um período marcado por boas experiências. Relembra a fartura material oferecida por seu pai e avô paterno, que sempre proporcionavam os bens desejados. Divertia-se muito frequentando a casa de amigos e parentes.

Amparo conta que também tinha algumas atividades de lazer, como ir a bailinhos, festas ou quermesses, porém iam com pouca frequência, já que precisavam acordar muito cedo para o trabalho na roça. Quando tinha cerca de 12 anos, os pais mudaram-se para outra

fazenda, mas deixaram Amparo trabalhando em uma casa de família, relativamente distante da fazenda onde a família iria morar:

[...] mas me deixaram morando com esse casal de japonês, pra olhar a filha deles, aí eu chorava muito, que eu não queria ficar, mas eu tinha que ganhar dinheiro, eu tinha que trabalhar pra ganhar dinheiro... Eu ia a cada 15 dias, uma vez por mês, pra visitar eles [...]. E era assim, quando nascia filho da minha mãe, também tinha que ir pra cuidar. Então, a vida inteira... a minha adolescência foi assim. (Amparo, 52 anos, mãe)

Amparo fala de uma adolescência em que precisava de cuidados, mas que lhe foi exigido que aprendesse a ser cuidadora. Uma criança que precisou cuidar de outras crianças, assim como foi a infância de sua própria mãe, que cuidou dos irmãos.

Catarina, repetindo o cenário de sua mãe na juventude, relata que aos 15 anos começou a trabalhar em uma rede de lanchonetes, para auxiliar a mãe a completar o orçamento doméstico, já que sempre tiveram uma condição econômica desfavorável. Mãe e filha falam de adolescências marcadas por responsabilidades e árduo trabalho.

Relacionamento com os pais

Na percepção de dona Noêmia, o contato com seus pais era muito respeitoso. Eles davam ordens e os filhos obedeciam. Ela evidencia em seus relatos a presença de um pai amoroso; a figura materna pouco aparece, ficando mais apagada em seu discurso. A mãe é percebida como uma mulher dura e brava, que exigia que os filhos lhe obedecessem a qualquer custo e o tempo todo: “cuspia no chão para chamar a atenção”.

Dona Noêmia se percebe como se fosse um pedaço de sua mãe e um pedaço de seu pai. Por isso, hoje também quer seus filhos sempre próximos dela, exigindo que eles não se mudem para cidades muito distantes, como já foi do desejo de alguns.

Amparo percebia que o vínculo com seus pais era dificultado pela escassa comunicação. Amparo conta que “*eles não eram muito de conversar com a gente*”, evidenciando uma distância afetiva vivenciada dentro do lar, como se fossem patrões e empregados de uma fazenda, tendo que conviver em um mesmo ambiente familiar, apenas unidos pela necessidade de ganhar a vida com o suor de seu trabalho. Era com uma de suas irmãs que Amparo sentia que tinha maior liberdade para dialogar. Dona Noêmia, em seus relatos, também exalta a figura de uma irmã, muito próxima, que era a pessoa em quem ela mais confiava para se abrir. Na Família Sampaio, a figura materna parece sempre manter uma

distância significativa da filha. Amparo conta que seus pais, por muito tempo, não dormiram juntos. Tal situação não apareceu nos relatos de dona Noêmia. Não era permitido falar desse assunto no grupo familiar.

Catarina, ao falar de seu relacionamento com seus pais ao longo da vida, diz que era vivenciado de maneira tranquila com a figura materna, com quem Catarina sentia liberdade para conversar, mantendo uma “*relação muito aberta*”. Já com o pai vivia uma relação permeada por muitos conflitos, brigas e discussões. Catarina não perdoa o fato de o pai manter uma relação com a mãe e com outras mulheres ao mesmo tempo. Evidencia sentir-se traída, não permitindo que ele se aproximasse dela. Relata uma sensação permanente de abandono paterno. Ficaram sem conversar durante cinco anos. Ela conta que, atualmente, seu pai é casado, mas ainda tem encontros com sua mãe, mas que cuidam para que Catarina não perceba, já que ela se sente diretamente afetada nessas situações. Fala que seu pai teve outros filhos, porém não diz que são sete, como relatou-me Amparo. O pai ocupa um lugar obscuro nos relatos de mãe e filha. Sempre ausente, ou alvo de segredos e desconfiança, que parecem preencher o imaginário familiar.

Catarina diz que, atualmente, sente-se muito cuidada por seus pais, que lhe dedicam “atenção redobrada”. Em alguns momentos sente-se incomodada, mas mostra-se consciente de sua condição frágil e compreende a preocupação deles. Percebe-se como uma filha carinhosa, honesta, trabalhadora e ressalta que nunca os preocupou, apenas agora, que está sob tratamento. Em uma família na qual os filhos pareciam ocupar o segundo plano, Catarina parece agora ter conseguido a atenção que sente que lhe faltou durante a infância.

A religiosidade

Essa categoria será apresentada, na Família Sampaio, apenas para Dona Noêmia, que dá grande destaque à religiosidade em seu discurso, ressaltando que muitas de suas dores e angústias, sem nome e sem compreensão, só podem ser curadas com a ajuda de Deus.

A senhora segue a religião Adventista, porém frequenta pouco os cultos, devido a seus problemas de saúde e também porque “*tem dias que a cabeça não ajuda, a cabeça é tão ruim...*”. Diz que só Deus pode ajudar sua família, repleta de infortúnios, tristezas e dores indesejadas. Recentemente, seu marido teve um problema de saúde – dores nas pernas e, por conta própria, preparou uma medicação caseira, uma pasta contendo alho e sal (e talvez outros componentes que ela não soube precisar) e passou em uma das pernas antes de dormir, não atendendo ao pedido de dona Noêmia de que não utilizasse a pasta em seu corpo. A senhora

relata que, na manhã seguinte, apareceu uma “*bexigona*” na perna do marido, que se tornou uma ferida. Ele está em tratamento há dois meses para controle dessa ferida. Dona Noêmia conta que o marido reclama de certas coisas ruins acontecerem em sua vida, já que ele contribui com a igreja, pagando fielmente o dízimo, acreditando que apenas deveria lhe acontecer o bem. Ela responde de forma resignada, alegando que “*Deus sabe o que faz*”.

A senhora também me conta que tem dó da neta Catarina devido ao seu sofrimento. Diz que ora por ela, ressaltando novamente que apenas Deus pode curar sua família de problemas que deixam seu coração triste. Uma de suas filhas teve um desmaio recentemente e foi levada pela patroa ao médico, que prescreveu exames. Foi descoberta uma “solitária” em sua cabeça e a filha está em tratamento. Dona Noêmia se emociona ao me contar esse episódio, dizendo ter muita tristeza e estar aflita por não encontrarem uma explicação para isso e que, apesar do tratamento medicamentoso estar sendo realizado, “*só Deus pode ajudar a matar essa solitária*”. Ela também conta sobre um neto internado por dependência de substâncias psicoativas, que acarreta muitos prejuízos financeiros a seus pais, que pagam caro pelo tratamento.

Dona Noêmia se mostra interessada em saber qual é minha religião, reforçando que são necessárias fé e confiança, e assim Deus resolverá nossos problemas:

[...] *A vida da gente é muito triste por causa que, se a família toda fosse tudo com saúde, mas Deus dá doença e dá saúde, né, e a gente tem que confiar com ele. [...] Ter fé e confiança que ele vai resolver pra gente, do modo que ele achar que a gente merece e a gente tem que ser confiante com ele, pedindo, né, a bença dele, socorro, que ele pode resolver, trazer paz, porque a gente não é nada se não tem Deus, fia, né?*
(Noêmia, avó, 84 anos)

O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas

Dona Noêmia conta que conheceu seu marido em um baile. Um amigo do rapaz foi conversar com o pai de dona Noêmia, respeitando a tradição da época. O senhor aceitou o namoro, pois acreditava que o jovem era trabalhador, “*direito*” e boa pessoa.

A principal crise enfrentada durante o casamento, na percepção de dona Noêmia, foi a saída da casa dos pais na juventude. Sentia muita falta do pai e de uma das irmãs. Chorava todos os dias e com frequência escrevia cartas ao pai. As crises financeiras, tristezas e decepções enfrentadas durante o casamento aparecem sutilmente em sua fala, mas não foram eleitas como crises principais.

[...] *mas todo dia eu chorava por causa, e eu mandava carta pro papai. E depois, quando o papai veio umas par de vez, veio, coitado, ele não ficava sem vim, a gente morava na frente da minha sogra. Depois mudamo quando eles arrumaram serviço aqui em [cidade em que vivem atualmente], que viemo pra cá, aí foi mais triste ainda, eu falei: “ai, e agora?”. E ficou mais longe... Mas o meu sofrimento foi muito triste por causa disso, por causa de que eu morava perto da minha sogra, a sogra pode ser o que for, mas não é que nem tá perto da família, né, fia?* [risos] (Noêmia, avó, 84 anos)

Amparo, sobre seu relacionamento conjugal, relata que se casou com o ex-marido, com quem ficou por cinco anos. Depois dele, conta que teve alguns namorados, mas nenhum relacionamento sério.

Conheceu seu ex-marido na indústria em que trabalhava, ele também era um dos funcionários do restaurante. Namoraram cerca de oito meses, quando Amparo engravidou de Catarina. Descobriu a gravidez após um desmaio em seu serviço, quando disse ter se sentido “*enjoada com tanta comida à sua volta*”.

Na época, Amparo estava com 21 anos e seu ex-marido com 19. Ele lhe pagou um exame, para que a mãe de Amparo não descobrisse a gravidez, já que ela temia a reação materna. Foi sua irmã quem encontrou o exame em seus pertences e pressionou o pai da criança para que uma atitude fosse tomada. Assim, optaram pelo casamento, porém Amparo relata que não se sentia preparada para essa união.

[...] *mas sabe quando você casa sem estar preparado? Eu não sabia, assim, eu não tava preparada pra... Porque ninguém tinha me orientado de nada, entendeu? Não tinha assim aquela conversa... Se alguém tivesse conversado comigo, explicado como é que eram as coisas, talvez não tinha acontecido tudo isso, entendeu?* [referindo-se à gravidez não planejada] *Mas aconteceu, aí a gente casou.* (Amparo, 52 anos, mãe)

A separação de Amparo e do ex-marido foi conflituosa. Ela sente que não foi preparada para um relacionamento tão intenso e complexo, que “*aconteceu rápido demais*”. Acreditava que o casamento seria leve e divertido, porém viveu muitos períodos de crise. Diz que sentiu falta de orientação, principalmente por parte de suas irmãs, já casadas.

Seu marido era “*mulherengo*” e ela não aceitava esse comportamento errático. Separaram-se uma vez, quando ela descobriu que o marido teve um relacionamento extraconjugal. Tempos depois reataram o casamento e Amparo engravidou do segundo filho. Ela descobriu outro relacionamento extraconjugal do marido, que levou a amante para a casa da família em um momento em que estava sozinho. Uma das vizinhas foi quem contou o ocorrido para Amparo. O casal divorciou-se, quando o filho menor estava com dois anos de idade.

Amparo sente que o que piorou a situação de seu casamento foi quando o marido decidiu abrir uma lanchonete em uma cidade próxima àquela em que eles moravam, e então passava as noites lá e não permitia que ela também fosse. A mulher ficava em casa com os filhos, mas desconfiada da fidelidade do marido, frequentemente lhe fazia visitas surpresas. Amparo queixa que o marido não lhe dava atenção, já que pouco se encontravam, devido aos horários de trabalho alternados. É possível perceber nos relatos de Amparo que havia muito tempo dedicado ao trabalho, mas pouco para atividades de lazer e para o contato afetivo e descontraído com os outros membros da família. Amparo ainda se queixa de ter que cuidar dos filhos, em vez de poder dedicar-se ao marido, por quem estava apaixonada.

Na tentativa de resolver os conflitos conjugais, Amparo conta que houve algumas tentativas de diálogo, mas que sobretudo ela passou a visitá-lo, com sua permissão, uma ou duas vezes por semana na lanchonete, na tentativa de que sua presença concreta fosse um inibidor de seus relacionamentos extraconjugais. Ela sente que uma das principais dificuldades da época era que não havia tantos recursos tecnológicos, como telefone celular, que auxiliassem no controle do outro, no sentido de saber onde ou com quem o marido estaria.

Amparo conta que o contato que tem com o ex-marido atualmente acontece apenas para conversarem sobre as dificuldades de Catarina. Ela diz que ele não entende a situação, julgando o TA como “frescura”. Apesar da insistência por parte da equipe multidisciplinar e da própria filha, ele nunca acompanhou Catarina durante os retornos ambulatoriais. Em nenhum momento, em seus relatos, ela fala sobre encontros amorosos atuais, ou após o divórcio estabelecido. É Catarina quem denuncia o vínculo problemático dos pais para todos da família, posicionando-se de maneira contrária a seus encontros.

Catarina, assim como sua mãe, fala de vínculos amorosos ambivalentes e instáveis. Seus relacionamentos são pouco duradouros e sempre permeados por situações de conflitos, brigas (inclusive agressões físicas) e infidelidade. Catarina evidencia não ter internalizado a imagem de um casal forte e tranquilo. Repete o cenário de seus pais, envolvendo-se em relacionamentos conflituosos e angustiantes.

As vivências do corpo e a alimentação

Dona Noêmia, na época que ainda vivia com seus pais e irmãos, contava com uma grande variedade e quantidade de alimentos, quase todos produzidos nas terras da família. Ela e os irmãos, desde pequenos, auxiliavam os pais nas tarefas cotidianas. Atuavam na roça, mas

também no serviço doméstico, já que a mãe teve seguidas gravidezes e estava sempre em repouso:

Ent.: Quem cozinhava na casa da senhora?

N: Nós mesmo, nós que fazia, porque a minha mãe, a dieta dela foi, criava 45 frangos, punha só frango na dieta, ela ficava com meia, ela usava essas meia de lã, mandava fazer, pra ficar na dieta, quando ela tinha filho, e ficava de brusa [blusa] e só tomava, assim, papai comprava rosca seca e marmelada pra tomar, pra mó de não faltar leite e frango, fazia as rosca de farinha de milho, cozinhava frango com a gordura, a gente escardava farinha de milho e levava pra ela, que ela ficava parada na cama. (Noêmia, avó, 84 anos)

A mãe era quem ditava as regras do que deveria ser feito para manter a casa em funcionamento, enquanto o pai organizava as plantações, nas quais os filhos também ajudavam, além dos empregados da fazenda. Apesar das responsabilidades que dona Noêmia recebeu desde cedo, recorda-se com muita alegria e satisfação dessa época. Conta, em tom saudosista, da relação com os primos, dos passeios a cavalo e de ter que acordar de madrugada para fazer farinha. Dona Noêmia diz que sua vida de solteira foi muito boa e que as reais dificuldades surgiram após o casamento.

No lar que constituiu com seu marido era ela quem cozinhava para os filhos. Acordava cedo para preparar as refeições que os mesmos levariam ao trabalho. Atualmente, dona Noêmia cozinha o básico para o dia a dia, mas o marido divide com ela essa tarefa. Seus dotes culinários riquíssimos ficaram no passado. Também não tem um alimento de sua preferência. Em relação a aversões alimentares, conta que não gosta mais de comer sardinha, que foi um alimento muito frequente no cardápio de refeições do passado, hoje *enjoou*. Carnes também não lhe apetezem mais, sendo citadas várias vezes nos relatos de sua infância, associadas a prazer. Ainda sobre aversões, relata que em um período em que trabalhou em uma casa de família, a patroa exigia que ela tomasse “*vitaminas para o sangue*” e gemada todos os dias. Hoje em dia ela perdeu o gosto por ovos.

Em relação às vivências de seu corpo, dona Noêmia conta que nunca sentiu desejo de emagrecer. Apenas seu rosto lhe deixa insatisfeita, como sequela do AVC. Ela relata ter perdido peso, atualmente tem 20 quilos a menos do que em sua época de juventude (solteira). Foi-lhe receitado suplemento alimentar para ganho de peso, mas ela parou de ingerir por não gostar do sabor e devido ao custo elevado. Deveria também tomar uma medicação manipulada, prescrita pelo médico “*para a vida inteira*”, mas não o faz, pois não quer dar trabalho aos filhos, que precisam buscar o medicamento na farmácia.

Amparo, diferente de sua mãe, fala de infância e adolescência com certas restrições alimentares impostas pelos poucos recursos da família. Conta que na época em que morava na fazenda e trabalhava na lavoura, cada um levava seu alimento (café, pães ou bolo preparados pela mãe) e comiam durante os intervalos do trabalho. As demais refeições eram feitas em casa, após o período de trabalho.

Quando era casada e seus filhos eram pequenos, ela e o marido trabalhavam em restaurantes, e aos finais de semana não tinham motivação para irem à cozinha e prepararem refeições para a família comer em casa, de modo que saíam para comerem em restaurantes.

Atualmente, em sua casa, é ela quem cozinha para os filhos, tentando agradar os diferentes gostos. As compras são feitas pelos três, assim como são divididas todas as outras contas (água, luz, telefone). Não fazem as refeições juntos, já que os horários de cada um são muito diversificados. Catarina dorme muito, em decorrência do uso de medicação, já o filho trabalha e não tem horário fixo de almoço ou jantar. Amparo e Catarina passam quase todo o dia juntas e, assim, acabam fazendo refeições juntas.

Amparo tem preferência por legumes e verduras, assim como a filha Catarina, e sempre cuida para que tenha diversidade desses alimentos em sua casa. Apesar disso, ela relata que o médico a orientou a diminuir a quantidade de frituras do cardápio. Sobre aversões alimentares, relata que não tem, mas que não gosta de ingerir massas.

Em relação ao seu corpo, diz estar insatisfeita, pois ganhou peso recentemente e associa tal ganho com o transtorno da filha, pois passou a comer muito, principalmente massas, doces e bolo, já que estava ansiosa com as dificuldades de Catarina. Amparo diz que é a primeira vez que sente o desejo de emagrecer, já que quando era mais jovem percebia-se muito magra, inclusive com o desejo de ganhar peso por meio da ingestão suplementar de vitaminas. Amparo evidencia, então, que nunca foi satisfeita com seu formato corporal.

Ainda em relação ao corpo, Amparo relata que não teve possibilidade de conversar com sua mãe sobre as vivências do corpo feminino. A menarca foi uma experiência assustadora, já que Amparo não sabia o que estava acontecendo. Era sua irmã quem lhe orientava sobre tais peculiaridades e sobre os autocuidados com o corpo feminino.

Catarina, sobre sua alimentação, diz que, no período em que morava na casa da avó Noêmia, era ela mesma que cozinhava para todos, além de ser a principal responsável pela aquisição dos alimentos. Atualmente, em sua casa, reafirma o relato de Amparo de que tudo é dividido entre ela, a mãe e o irmão. Todos são adultos, não há divisão de papéis quanto às compras ou ao pagamento de contas. A mãe é quem prepara a maioria das refeições, que nunca são feitas em conjunto.

Catarina relembra que, quando morava com a avó, todos faziam as refeições juntos, já que havia uma rotina bem estabelecida, com horários para escola, banho, refeições, entre outras necessidades cotidianas. Apesar dos cuidados, ela sente que ela, a mãe e o irmão eram discriminados pelos avós maternos, após o divórcio dos pais, que não aceitavam a separação de um casal unido pelo sagrado matrimônio. Atualmente, Catarina não trabalha. Recebe uma aposentadoria por invalidez, por sua condição psiquiátrica. Não tem rotina estruturada e muitas vezes troca o dia pela noite, responsabilizando a medicação pela insônia. Desse modo, diminui as oportunidades de contato interpessoal. Sua única atividade atual consiste em ajudar o pai, que tem uma lanchonete. Suas refeições ficam desorganizadas e ela está em um trabalho de contato direto com o alimento, como já esteve em sua adolescência.

Catarina relata não sentir prazer em se alimentar. Afirma que come apenas por obrigação. Assim, não consegue nomear alimentos preferidos ou aversivos. Catarina é filha de pais que sempre se dedicaram (profissionalmente) à cozinha, mas a alimentação é associada a afetos negativos. Pelos relatos de Amparo, é possível observar que ela e o marido se dedicavam ao trabalho em detrimento dos cuidados emocionais dos filhos. As frequentes brigas do casal antes da separação envolviam a lanchonete do marido, que é sentida por Amparo como o estopim das traições relatadas por ela. Tais experiências parecem ter ressonâncias negativas no funcionamento psíquico de Catarina, no que condiz à alimentação.

Em relação à percepção de seu corpo, Catarina se diz insatisfeita. Sente-se incomodada com o “rosto inchado”, com a barriga e as pernas. Adota comportamentos purgativos diários para tentar se livrar das calorias consumidas nas refeições.

Relação mãe-filha

Antes de falar da relação com Amparo, dona Noêmia fala sobre o nascimento de seus dez filhos. A senhora diz que todos nasceram em sua casa, com a ajuda de sua sogra, que era parteira. A gravidez de Amparo parece ter sido um momento de mais complicações. A patroa de dona Noêmia sugeriu que a mesma tomasse uma injeção para não ter filhos com tanta proximidade, como vinha acontecendo, e que trazia muito sofrimento, já que trabalhava sem interrupções. A senhora tomou duas injeções, mas não quis mais tomar e então foi despedida pelos patrões. Dona Noêmia mostra-se aliviada, pois as injeções pareceram não trazer complicações para a filha Amparo, que nasceu “*bonita e trabaiadera*”. A patroa parecia exercer grande influência nos cuidados de dona Noêmia com sua própria saúde. A senhora evidencia em seus relatos ter escassa noção de autocuidados, que talvez não tenha aprendido

com sua mãe, tão ausente em seus relatos. Narrou também a história de sua outra filha que, atualmente, também precisa ser cuidada pela patroa, que “exige” que ela faça exames e tratamento para a “solitária” encontrada em sua cabeça.

A amamentação de todos os filhos foi curta, pois o leite de dona Noêmia acabava, já que a mesma não tinha tempo para amamentar, tinha que cumprir suas obrigações no trabalho e as filhas mais velhas encarregavam-se de dar mamadeira aos menores. As fronteiras de cuidado mãe-filha ficavam borradas, as funções eram trocadas e as filhas eram encarregadas de uma responsabilidade (inclusive emocional) que não lhes cabia, dada a imaturidade e o despreparo. Os relatos sugerem vínculos enfraquecidos, já que dona Noêmia se ausentava em grande parte dos cuidados primários para com os filhos.

Quando seus filhos eram pequenos, frequentemente iam até seu quarto à noite, pedindo para dormir em sua cama. Ela permitia, pois conta que, quando pequena, sentia muito medo e acreditava que seus filhos também pudessem temer algo. Ela relata que andava com a mãe e os irmãos pela fazenda, à noite, e tinha muito medo de que aparecessem bichos por detrás das moitas.

A relação da senhora com Amparo é marcada por sentimentos de pena/dó, principalmente após o divórcio da filha, que lhe trouxe muita tristeza. Dona Noêmia sente que a filha não leva uma boa vida. A filha, após seu divórcio, viveu com os pais e seus dois filhos, ainda pequenos. Ao sair da casa dos pais, deixou a mãe com profundo ressentimento e, por outro lado, com saudades da rotina que levavam juntos: “*a casa ficou vazia*”. Dona Noêmia conta que “*pensou que ia morrer*”, tamanho foi seu sofrimento na saída da filha e dos netos de sua casa, inclusive enfrentou problemas cardíacos e necessitou de se submeter a uma cirurgia. Ela atribui seu sofrimento a esses problemas.

Amparo, sobre a gravidez dos dois filhos, conta que foram tranquilas e valoriza o fato de que trabalhou durante todo o tempo na cozinha do restaurante, até na semana anterior aos nascimentos. Nos relatos de Amparo depreende-se muita proximidade com a culinária em toda sua vida, principalmente durante a gravidez dos filhos, já que durante o dia estava no restaurante e no período da noite tentava ajudar o marido em sua lanchonete. Sua mãe a auxiliava, cuidando de Catarina, para que ela pudesse continuar trabalhando.

Amparo diz que amamentou pouco tempo os filhos, já que sua alimentação não era boa e passava muito tempo trabalhando. Ela se queixa que não recebeu orientação para que fizesse de outra maneira, então, assim, como sua mãe, dedicava-se mais ao trabalho do que aos cuidados essenciais aos filhos recém-nascidos, delegando tais funções a outras pessoas.

Foi Amparo quem escolheu o nome de Catarina, mas o nome de seu filho foi escolhido por seu ex-marido. Cada um queria um nome e, para que não houvesse conflito, ele acabou escolhendo outro nome. Atualmente, ela diz que seu ex-marido tem sete filhos, cinco deles provenientes de outros relacionamentos. Ela ainda diz que ele se casou “*três ou quatro vezes*”, após o divórcio.

O relacionamento com a filha, Catarina, é percebido como conturbado, já que Amparo sente que precisa ficar alerta o tempo todo às alterações de humor da filha. Sente-se mais à vontade para conversar com Catarina a respeito de diversos assuntos e percepções suas, que anteriormente achava que deveria ocultar-lhe. Amparo percebe Catarina como uma lutadora, já que vem enfrentando seus problemas. Em sua percepção, ela e a filha são as pessoas que mais sofrem com a AN.

Já Amparo em relação a sua mãe, dona Noêmia, conta que antes ia mais à sua casa. Atualmente, diminuiu a frequência das visitas, pois não lhe conta os inúmeros problemas que enfrenta, especialmente relacionados à Catarina. Diz que a mãe não suporta mais tantos problemas, por sua idade avançada, e que chora muito. As emoções ficam em segundo plano na família Sampaio, não podem ser expressas, muito menos comunicadas abertamente. Há uma tentativa inconsciente, que resulta frustrada, de que os afetos não sejam evidenciados e, assim, influenciem negativamente o funcionamento familiar.

Já nos relatos de Catarina, a relação mãe-filha, parece ser conflituosa apenas quando a mãe se encontra com o ex-marido, às escondidas. Mãe e filha passam quase o dia todo juntas, em uma rotina pouco marcada por compromissos diários, horários e divisão de responsabilidades. Evidenciam um vínculo frágil com o mundo externo ao lar, vivendo em uma espécie de “bolha” protetora, na qual sentem-se ilusoriamente isoladas dos conflitos e do rumor do mundo.

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Dona Noêmia sente que a filha é uma boa mãe, já que está sempre ocupada com os problemas dos filhos. Sente que ela também é uma boa mãe/avó, já que está sempre orando pelos seus descendentes. Assim, associa os cuidados maternos com um ocupar-se, mentalmente, de filhos.

Já Amparo, como mãe, diz que se percebe como alguém que “*pega no pé dos filhos*”. Porém, diz que não consegue ter controle sobre eles em alguns momentos, como quando Catarina ingere bebida alcoólica e tenta dirigir. Amparo é criticada pela família por não ter

vendido o carro e permitir que a filha cometa esses disparates. Conta que a filha é uma pessoa meiga e que não é agressiva, mas essa percepção contraria ao observado pela equipe multidisciplinar e, inclusive, outros relatos obtidos da própria Amparo, em situações de tratamento. Amparo demonstra a mesma maneira de sua mãe de cuidar dos filhos, que está relacionada a preocupações, mas sem atitudes que demonstrem cuidado ou atenção. Ambas se mostraram como mães ausentes no dia-a-dia dos filhos, precisavam trabalhar para auxiliar no orçamento doméstico, restando pouco tempo para o cuidado emocional dos filhos.

Amparo sente-se triste como mãe e teme entrar em depressão. Conta que já teve um episódio depressivo, em que tinha dificuldade para dormir ou ficar só, além de ter emagrecido muito. Assim como sua mãe e sua filha, evidencia seus aspectos emocionais diretamente conectados com a alimentação. Diz que sente falta de trabalhar, pois permanecer em casa faz com que ela se sinta mal, porém prefere permanecer ao lado da filha, uma vez que não gosta de deixá-la sozinha. Amparo parece sentir-se culpada em relação à época em que trabalhava – inclusive, por certo tempo, no período diurno e noturno, quando teve que delegar os cuidados dos filhos a terceiros. Hoje acompanha de perto a filha, inclusive no tratamento. Percebe que ela lhe demanda maior atenção. Ainda assim, não conversa alguns assuntos com a filha e não chora em sua frente, para não expor suas fragilidades. Os cuidados maternos parecem ser muito frágeis, tanto para dona Noêmia, como para Amparo. As duas evidenciam não terem encontrado a medida equilibrada de oferecer acolhimento ao sofrimento dos filhos, ora se ausentando, ora se ocupando plenamente dessas dores, mas com pouca capacidade de ajuda.

Transmissão da feminilidade

As mulheres da Família Sampaio parecem sempre vivenciar um clima de insatisfação. Estão sempre ocupadas com suas tarefas, especialmente fora do lar, como as responsabilidades profissionais. As três participantes já trabalharam, por longos períodos de suas vidas, em atividades relacionadas à alimentação. Dona Noêmia vangloria-se de preparar, quando trabalhava em casas de família, bolos e pães deliciosos, Amparo trabalhou em grandes cozinhas, e Catarina já foi contratada de lanchonetes, hoje auxilia o pai em sua própria lanchonete. Ainda assim, mãe e avó atualmente exercem tal atividade com muito desgosto. Não têm mais desejo de cozinhar para a família e manifestam aversão a alguns alimentos, que antes eram frequentemente consumidos.

Ainda em relação a aspectos da feminilidade das mulheres dessa família, é importante ressaltar os relacionamentos amorosos, sempre conflituosos, fonte de angústias e de

desespero. As vivências de dona Noêmia como esposa remetem a arrependimento e tristeza. Fala, por diversas vezes, de como era boa sua vida ao lado de sua família, antes do casamento. Delineia então um período em que necessitou trabalhar muito para auxiliar o marido no sustento do lar, algo que não vivenciara anteriormente. Ela parece ter perdido sua condição de tranquilidade após o enlace. Já Amparo traz relatos de uma vida instável ao lado do marido, dizendo que sempre viveu tensões e desconfianças de que o marido pudesse traí-la. Catarina, então repete esses cenários de insatisfação, exercendo seu jeito de ser mulher de maneira instável e desconfiada.

O desenvolvimento da mulher, que lhe permite a entrada na vida sexual, depende do afastamento da mãe e da proximidade com ela, ou seja, precisa haver certo espaço psíquico entre mãe e filha (Ribeiro, 2011). Quando isso não acontece, mãe e filha vivem con-fundidas, não havendo novas histórias a cada geração, mas sim a repetição de panoramas já conhecidos, vínculos que se reproduzem de maneira inconsciente entre mães e filhas, inclusive na vivência das relações amorosas.

A anorexia nervosa

O relacionamento com a neta Catarina é descrito como tranquilo por dona Noêmia. Conta que sente falta das visitas da neta, que segundo ela não a visita mais porque está trabalhando. A AN da neta é um assunto pouco familiar à dona Noêmia, que reclama que a filha Amparo não lhe explicou qual é o problema vivenciado pela neta, nem como é o tratamento, assunto pelo qual ela se mostra muito interessada durante nossa conversa.

Dona Noêmia se mostra preocupada com alguns comportamentos da neta, como a ingestão de bebidas alcoólicas combinada com direção de veículo, e diz que ora para que Catarina não sofra nenhum acidente. Diz que a neta está bonita, mas se chateia por não poder dizer-lhe, já que Catarina ouve o elogio, mas deixa de se alimentar, por achar que está dizendo (ou seja, insinuando) que ela é gorda. Dona Noêmia considera a neta muito bonita e “*desembaraçada*”.

A senhora mostra-se interessada em compreender porque a neta se percebe gorda, e diz que essa percepção deve vir da cabeça dela, temendo que haja “*algo de mal mexendo com a mente dela*”. Questiona se o tratamento é com aparelhos na cabeça da neta e demonstra preocupação com a ingestão abusiva de medicamentos por parte da mesma (tentativas de suicídio), quando a mesma fica *nervosa*. Dona Noêmia ora para que Catarina tome apenas a medicação necessária e para que sua filha Amparo não sofra.

A senhora se mostra muito preocupada com as vivências emocionais da neta, e também remete à compreensão que tem de suas próprias dores emocionais. Dona Noêmia evidencia ter diferentes compreensões acerca de sua tristeza, que aparece reiteradamente em seu discurso. Ela fala de sentimentos, mas também de uma tristeza que “*dói no corpo*”, que causa dor física, mas que não aparece evidenciada nos exames médicos. Busca conforto nas preces e orações, e procura conforto na fé e na esperança de que Deus possa amenizar seu sofrimento.

Tem dia que dá tristeza na gente, na minha cabeça, eu acho que eu tô precisando fazer um exame da cabeça... Porque eu tenho muita tristeza, parece que tem um carocinho aqui na minha cabeça [passa a mão no couro cabeludo] [...] faz tempo que tem isso aqui na minha cabeça, só que eu tenho muita tristeza na cabeça, fica ruim, parece que não tem nada bom, aí depois some. Eu falo: “ai, que seja o que Deus quiser” (Noêmia, avó, 84 anos).

Dona Noêmia evidencia ter uma compreensão de que seu emagrecimento, mencionado no início de nossa entrevista, está intimamente ligado com suas emoções (assim como o emagrecimento da neta). Diz que sente seu corpo como “*vazio, por causa de muitas cirurgias e muita tristeza*” acumulada ao longo da vida. Essas sensações – corporais e emocionais – remetem dona Noêmia a pensamentos de morte, ao medo de que ela não conseguirá chegar ao fim do dia, porque Deus a levará, então ela pede a Deus que a perdoe e que a deixe ir sem dar trabalho aos filhos. Ela parece, nessas dores, se aproximar da neta Catarina – duas mulheres que vivem na carne os sofrimentos da mente e do coração.

Amparo, sobre sua percepção da AN de Catarina, conta que a filha teve o TA anteriormente à época em que seguia seu tratamento no GRATA. A filha morava com um rapaz, na mesma cidade que a mãe, porém mãe e filha se viam raramente, apenas uma vez por mês. Assim, Amparo parece se defender do sentimento de culpa por não ter percebido que a filha estava muito emagrecida.

Sabe, a gente não tinha aquela preocupação, assim... Quando a Catarina teve esses problemas, ela morava com um moço. Na verdade eu nem tinha percebido que ela estava, que ela estava doente, assim. Como ela não morava em casa, ela vinha uma vez por mês, então não tinha como ficar notando o que ela tava sentindo. Quando ela começou, assim, que eu percebi mesmo, foi quando ela tentou se suicidar. E ela não ia em casa. O pai dela tinha uma chácara, no [bairro de chácaras], então era assim, todo final de semana eles iam nessa chácara, então eu não tinha, assim, convivência, sabe? Eu ficava de fora. E na hora eu que vi que a Catarina já estava com a... já estava com anorexia, anorexia e bulimia... Mas antes eu não tinha preocupação, era diferente, você vivia uma outra vida, você não precisava se preocupar em... Hoje não, hoje é diferente, é diferente, é muito diferente, sabe? Mudou tudo, mudou tudo. (Amparo, mãe, 52 anos)

Amparo parece ter internalizado uma compreensão sobre os sentimentos, de que só se pode conhecê-los quando há proximidade física. Assim, ela se afasta da família, para que não percebam seu sofrimento, e estava afastada da filha, quando esta teve seus primeiros sintomas de anorexia e depressão. Apenas se conscientizou da precária condição da filha quando esta tentou suicídio, talvez em uma tentativa desesperada de pedir ajuda para as pessoas próximas a ela. Amparo ainda relata que uma de suas irmãs tentou suicídio por três vezes, porém esse relato não aparece no discurso de dona Noêmia. As urgências emocionais tornam-se segredos familiares, e a família se organiza em tornos dos mesmos, sustentando um funcionamento disfuncional, em que transgeracionalmente alguém tenta sinalizar (radicalmente, já que não há espaço para palavras) a necessidade de receber atenção para seu sofrimento (Eiguer, 1985).

As principais preocupações atuais Amparo com a filha são relacionadas à bebida alcoólica combinada com medicação e condução de veículo, e também a funcionalidade da filha, já que esta dorme o dia todo e foi precocemente aposentada por sua condição psiquiátrica. Amparo relata que já passou por muitas dificuldades financeiras, porém não dizia aos irmãos que necessitava de ajuda para criar os filhos (inclusive para comprar alimentos), também não compartilha com eles suas angústias. Com o início da psicopatologia de Catarina, ela também se fecha para a família, que apesar suas dificuldades não se envolve, e Amparo acaba por viver sozinha o sofrimento familiar decorrente da AN.

Ainda sobre a AN, Amparo relata que sabia pouco sobre a psicopatologia, apenas o que era veiculado na mídia. Percorreu vários profissionais da área médica e fez exames físicos, até ser orientada a procurar um psiquiatra. Já precisou ficar 24 horas ao lado da filha, sem tempo até mesmo de tomar banho. Catarina conheceu alguma melhora dos sintomas apenas com tratamento psiquiátrico, mas teve recaída e iniciou o tratamento no GRATA.

Com o decorrer do tratamento, Amparo percebe que a filha já apresenta melhoras. Hoje ela consegue fazer algumas refeições sem recorrer posteriormente a comportamento purgativo e apresenta desejo de viver. Demonstra gratidão pela equipe multidisciplinar de saúde e pelas outras famílias que frequentam os grupos de apoio para familiares, pois sente que o contato com diferentes pessoas lhe ajuda a aprimorar o contato com a filha.

Catarina, sobre sua psicopatologia, diz que não sabia o que era AN antes de iniciar o tratamento no GRATA, apesar de já ter feito outros tratamentos anteriormente. Percebeu que algo estava errado apenas quando passou a vomitar espontaneamente, sem necessitar provocar. Não percebe as mudanças significativas na rotina familiar, apenas a preocupação que agora seus pais e outros parentes têm em relação ao seu estado de saúde. Ressalta a

imprevisibilidade do quadro, já que sente que seu humor altera frequentemente, bem como sua relação com o próprio corpo e com os alimentos.

Catarina diz que os conflitos familiares são solucionados por meio do diálogo. Ainda assim, relata algumas brigas com seu irmão, em que os dois ficam sem conversar por muito tempo, então voltam a conversar, como se não tivessem brigado anteriormente. Nesse sentido, parece que há o desejo pelo diálogo na família, mas que conversam pouco, já que Catarina relata algumas situações conflituosas em que não há possibilidade de elaboração através da comunicação verbal. Muitas vezes ela e o irmão chegam a agressões físicas, mostrando o comprometimento do vínculo familiar, tão debilitado nessas famílias e considerado mais instável e impulsivo em famílias de pessoas com AN subtipo purgativo (Oliveira & Hutz, 2008).

Família Fontana

Vânia, a avó: *“Eu acho que é tudo por causa do pai...”*

Gisele, a mãe: *“A vida dela no primeiro ano foi pesada...”*

Vivian, a filha: *“Eu sei que é alguma coisa que você não quer, eu sei que é uma coisa que você não consegue controlar...”*

Dona Vânia tem 73 anos. É mãe de Gisele e avó de Vivian. Após muitas tentativas de minha parte, consigo combinar com dona Vânia uma data possível para a entrevista. Ela se disponibiliza a ir até Ribeirão Preto, já aproveitando para conhecer o serviço que atende sua neta. Faço-lhe o convite para ir aos grupos de familiares, mas ela não comparece. A dificuldade em acertarmos uma data deveu-se aos inúmeros compromissos de dona Vânia, que é bordadeira, faz atividades físicas em um grupo de terceira idade e dá aulas em um curso de artesanato.

A senhora me conta que é mãe de três mulheres e um homem (Gisele é sua segunda filha). Os filhos nasceram em um curto intervalo de tempo, os quatro no período de quatro anos. Após o nascimento da caçula, começou a trabalhar fora de casa, para auxiliar no orçamento doméstico. Ressalta que sempre foi muito ativa, trabalhou em diversos contextos e, atualmente, é aposentada, mas mantém muitas atividades e afazeres fora do lar.

Gisele tem 45 anos. É mãe de Vivian (13 anos) e de Vanessa (15 anos). Quando chamo Gisele para a entrevista, ela está na sala de espera do ambulatório conversando com as mães de outros pacientes do serviço, enquanto Vivian está em consulta com uma profissional da equipe. Gisele entra na sala e explico os objetivos da pesquisa, fazendo-lhe o convite para participar. Ela prontamente diz que pode participar e que sua mãe pode ir ao hospital, que inclusive julga que seria bom para ela participar dos grupos e, assim, compreender melhor o que vem acontecendo com Vivian, já que as duas são muito próximas. Pergunto se ela gostaria de avisar Vivian que estaríamos ali, caso ela soubesse da consulta e não a encontrasse na sala de espera, mas ela diz que não. Isso me surpreende, pois Vivian me parece muito frágil e dependente da mãe. Apesar de Vivian ter traços característicos da síndrome de Turner, nesse primeiro contato tenho a impressão de que seu rosto é muito parecido com o de sua mãe.

Quando lhe questiono sobre sua vida, Gisele prontamente, e de modo breve, me conta que seu casamento havia terminado e que hoje está em um novo relacionamento. Além disso,

sente-se satisfeita com seu trabalho como professora e preocupa-se com a filha Vivian, que recebeu recentemente o diagnóstico de AN.

Vivian era a paciente mais jovem do ambulatório na época da coleta de dados. Ela tem diagnóstico de Síndrome de Turner desde o terceiro mês de gestação. A Síndrome de Turner é determinada pela presença de um cromossomo X e ausência total ou parcial do segundo cromossomo sexual, o que afeta a expressão ou regulação de genes neles localizados. Os principais sinais clínicos são baixa estatura e distúrbio no desenvolvimento dos ovários (em mulheres). Podem ainda ser observados vários dismorfismos (Miguel Neto et al., 2011). Em consequência da síndrome, Vivian se submete a vários tratamentos, genéticos e hormonais.

Na entrevista com Vivian foi possível perceber seu rosto com traços característicos sindrômicos. Ela chama a atenção por ser pequenina, despertando em mim o desejo de pegá-la no colo e cuidar dela. Na primeira tentativa de entrevistá-la, a garota estava em uma sala do ambulatório com sua mãe. Parecia um pouco ansiosa com minha presença, tentei tranquilizá-la e pedi para que a mãe saísse da sala, em uma tentativa de conversarmos mais abertamente. A mãe deixou a sala sem resistência e com tranquilidade, mas Vivian ainda parecia nervosa. Combinamos, então, de realizarmos a entrevista em outro dia de seu retorno ambulatorial. Já na segunda tentativa, ela não mostrou resistência alguma e realizamos nossa entrevista sem problemas. Ela respondeu a todas as perguntas formuladas, porém com respostas curtas e simples. Sobre sua vida, Vivian me conta sobre suas mudanças de escola e de apartamento, e diz que tem uma cachorra de que gosta muito.

Fatos marcantes da infância

Dona Vânia diz que tem poucas lembranças da época de sua infância. Nasceu em uma fazenda onde o pai trabalhava, tinha sete irmãos (duas mulheres e cinco homens), sendo que três já faleceram. Quando tinha cerca de sete anos de idade a família mudou-se para a cidade, por motivo de troca de emprego do pai. Nessa época, relata que brincava na rua com os irmãos, o que é diferente dos tempos atuais, em que é muito perigoso uma criança brincar na rua.

Gisele, sobre sua infância, recorda-se de que seus pais trabalhavam fora e que era uma época de pobreza material. Ela e os irmãos eram cuidados primordialmente por uma tia, relato este que não apareceu na fala de sua mãe, dona Vânia.

Vivian fala novamente de suas mudanças de escola, que parecem ter extrema importância para ela. O desejo maior de Vivian é mudar-se para a mesma escola em que estuda sua irmã mais velha. A separação de seus pais também é considerada um fato marcante

de sua infância. Vivian não consegue diferenciar temporalmente os eventos, confundindo-se sobre a separação e as mudanças de casa e escola, dizendo sentir-se muito triste na época. Alguns autores apontam esse tipo de mudança – de escola, de casa e divórcio dos pais – como um frequente fator desencadeador para o início de sintomas de TA (Berge et al., 2011; Eisler, 1995; Ma, 2005).

Fatos marcantes da adolescência

Dona Vânia também não relata fatos marcantes da época da adolescência, mas sim a falta de experiências divertidas e gratificantes, pois desde muito jovens ela e os irmãos precisavam trabalhar para auxiliar os pais no sustento da casa. Por esse motivo não percebeu a adolescência passar, como no relato abaixo:

Ah, não dá nem pra... a gente nem percebia, né? Trabalhava, já trabalhava com 13 anos, então eu gostava, né, de trabalhar porque tinha tudo aquela turminha de meninada, agora estuda, né, primeiro a gente tinha que trabalhar... (Vânia, avó, 73 anos)

Assim como sua mãe, Gisele diz que não teve muitas possibilidades de aproveitar tal época. Sempre responsável, diz que era muito fechada e sempre trabalhou para ajudar no sustento do lar. Quando não estava fora trabalhando, estava auxiliando nas tarefas domésticas. Resume sua juventude ao trabalho e estudos, sem ter lembranças de atividades prazerosas ou de lazer. O contato com os pais foi diminuindo, mesmo morando na mesma casa, já que todos trabalhavam fora e tinham horários diversificados.

Em relação à fase que está começando a vivenciar, Vivian conta que gosta muito das atividades que realiza na escola e as extracurriculares, relacionadas à dança e arte. Aprecia, principalmente, quando pode ser apresentar ao público realizando tais atividades. O relacionamento com a irmã é vivenciado de maneira positiva, de acordo com seus relatos. Conta que elas têm alguns conflitos, mas que são “*coisas de irmãos*”, já que brigam e logo fazem as pazes e resolvem a situação.

Relacionamento com os pais

Para dona Vânia, tal relação era vivenciada de maneira tranquila. A senhora é sucinta em seus relatos. Fala que o pai era um homem calmo e o relacionamento com a mãe era bom.

Situações de sofrimento podem ser percebidas nas entrelinhas de suas falas, quando diz, por exemplo, que sua mãe não dava muito atenção aos filhos, pois “*naquela época não precisava, a gente se virava bem*”.

Já Gisele verbaliza que o relacionamento com os pais foi permeado por dificuldades. A participante relata que tinha um bom relacionamento com sua mãe, que era afetuosa, porém a percebia como uma pessoa ausente no dia a dia, já que ela sempre estava ocupada com os afazeres de seu serviço. O pai era um homem sério, pouco aberto para um contato afetivo.

O meu pai já era mais fechado, eu falo que meu pai, ele veio de uma família que não soube dar amor, ele sempre foi, falou que a mãe dele não dava, então ele não soube dar, então, assim, ele era uma pessoa muito séria. (Gisele, mãe, 45 anos)

Gisele relata que o pai valorizava os filhos, porém não conseguia expressar-lhes esse carinho e admiração. Por meio de sua seriedade ele ensinou os filhos a serem honestos e pessoas de bom caráter. Quando o pai faleceu (Gisele estava com 27 anos, e dona Vânia com 55), sente que a família ganhou mais liberdade, agora longe da rigidez dos costumes do patriarca.

Na família? Eu acho que mudou, porque ele era muito sério, então mesmo assim pras pessoas chegarem em casa, tinha assim uma restrição, porque ele era muito fechado. Ele não era ruim, mas ele era, ele se dava com poucas pessoas. Então parece que depois que ele morreu, até a minha mãe ficou mais, ela vai falar que ela ficou mais livre, ela começou a viajar, porque ela sempre foi uma mulher que vivia pro marido, assim, apesar de trabalhar... Então as coisas mudaram bastante. (Gisele, mãe, 45 anos)

Vivian, sobre o relacionamento com seus pais, diz que seu pai deixou a casa da família, mas que ela não percebeu grandes mudanças na rotina doméstica, já que ele trabalhava muito e passava longos períodos fora de casa, evidenciando um pai ausente nos cuidados emocionais. Durante alguns meses após a separação, não queria ver o pai e evitava os encontros com ele. Atualmente, eles se vêem uma ou duas vezes por semana.

As vivências do corpo e a alimentação

Dona Vânia conta que, na época de sua adolescência, os filhos ajudavam o pai em seu árduo trabalho em olarias, enquanto as filhas trabalhavam em fábricas de roupas. A mãe por vezes ajudava o marido no emprego, mas sua principal responsabilidade era no cuidado do lar. As filhas faziam as compras de mantimentos e a mãe era quem preparava as refeições,

negando a ajuda de qualquer outro membro da família para essa atividade, que sentia como exclusivamente sua.

Ent: Quando a senhora morava com seus pais, na sua infância e adolescência, quem preparava as refeições na sua casa?

V: Minha mãe e a gente nem ajudava, porque ela nem gostava, quando você via, ela já tinha feito, então a gente nem se metia nas comida. Que nem, agora todo mundo gosta, dá palpite... Mas o que tinha era aquilo lá mesmo, não adiantava querer outra coisa, porque era aquilo. (Vânia, avó, 73 anos)

Ainda sobre a mesma época, dona Vânia relata que as refeições (café da manhã e almoço) não eram feitas conjuntamente, pois os horários de almoço de cada membro do núcleo familiar variavam. Assim, não conseguiam agregar todos no mesmo momento, alguns não iam para casa para o almoço. No jantar havia reunião, em função do desejo do pai, que gostava de ver a família unida nesse horário, em torno da enorme mesa que tinham para esse encontro. Aconteciam, ainda, os tradicionais almoços de domingo com a família reunida, tradição mantida atualmente por dona Vânia, seus filhos e netos, na casa da senhora.

Ao se casar e constituir sua família, dona Vânia relata que assumiu o posto de cozinheira do lar. Hoje vive com sua irmã, que é quem cuida da alimentação das duas, pois dona Vânia diz que, apesar de gostar de cozinhar, prefere quando outra pessoa se habilita a fazer por ela. Diariamente as irmãs recebem filhos e netos de dona Vânia para as refeições, em horários diversificados. Relata que sua alimentação é variada, mas não se alimenta de tudo do que gosta, pois precisa cuidar de sua saúde.

Quando era casada, dona Vânia conta que seu marido, muito sério e rígido, tinha horário certo para o almoço. Às onze horas a mesa deveria estar posta para a refeição. As filhas, que estudavam, não conseguiam chegar no horário marcado e faziam a refeição posteriormente. O jantar era realizado conforme aprendeu na casa de seus pais: a família toda reunida para a refeição noturna.

Em relação às vivências de seu corpo, dona Vânia diz que sempre foi muito magra, desejava “engordar” e tomava medicações para isto. Quando ficou mais velha, acabou engordando sem desejar, mas diz não ter problemas com seu corpo.

Atualmente, Gisele conta que ela e as duas filhas costumam fazer juntas suas refeições. A filha mais velha a ajuda no preparo dos alimentos, para tentar otimizar esse tempo, já que Gisele trabalha fora e as filhas estudam o dia todo.

Em relação ao seu corpo, Gisele conta que está satisfeita, apesar de ter ganhado um pouco de peso nos últimos anos. Também afirma que não quer ganhar mais peso. Sempre foi muito magra e relata a pouca preocupação com ganho de peso ou com dietas, que nunca fizeram parte de sua vida. Relembra que, na infância, sentia-se muito magra e isso a incomodava, principalmente por sua magreza gerar comentários desairosos de outras pessoas, o que lhe trazia sofrimento.

Vivian, em relação à alimentação, conta que sua mãe é quem cozinha em sua casa e que ela a ajuda também, quando possível.

Minha mãe cozinha e tem vez que eu ajudo, tipo fazer, eu gosto de comer pão com queijo, aí eu faço o meu queijo, eu pego frigideira e esquento na frigideira o queijo e coloco no pão, aí eu faço sozinha, mas a minha mãe me ajuda. (Vivian, filha, 13 anos)

Vivian relata que ela e a mãe tomam o café da manhã juntas. A irmã acorda um pouco mais tarde e faz a refeição sozinha. No almoço e jantar estão sempre juntas, essa última refeição muitas vezes é realizada fora de casa. Atualmente, Vivian diz gostar muito de queijo e do suplemento que toma por indicação da nutricionista. Ela não gosta de frutas, verduras e legumes.

Em relação às vivências de seu corpo, Vivian diz que está insatisfeita, “*gostaria de emagrecer um pouco*”. O que mais lhe incomoda são suas pernas e barriga, em alguns momentos também os braços, porém com menos intensidade.

O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas

Dona Vânia conheceu seu marido passeando pelos jardins da praça da cidade, atividade de lazer (e paquera) rotineira dos jovens da pequena cidade em que residia. Dona Vânia diz que o período de namoro foi tranquilo, porém descreve o marido como um homem muito nervoso e controlador, enquanto ela precisava manter sua postura de esposa paciente, para evitar os constantes conflitos do lar.

Gisele diz que conheceu seu ex-marido no local em que trabalhava e ele frequentava. Ela era quatro anos mais velha do que ele, se encontraram, ficaram amigos e depois namoraram. Gisele diz que só tem boas lembranças do período de namoro, já que “*não tiveram brigas*”.

Então, também. Aí você vai perguntar como acabou, né? É... [risos] ficamos juntos durante 12 anos e... nesses 12 anos também não brigamos, eu falo que faltou brigar,

porque nos últimos anos ele tava trabalhando muito, nos últimos tempos... Só que ele falava que era porque ele tinha que trabalhar mesmo e um dia eu achei que ele tava um pouco mais distante, fui conversar, ele achou que não amava mais e que o casamento deveria acabar. Acabou assim. (Gisele, mãe, 45 anos)

Gisele relata que ficou surpresa com a fala do ex-marido de que não a amava mais. Atualmente (após seis anos de separação) consegue perceber que o casamento já não ia bem, porém na época não conseguia admitir para si própria. Diz que o ex-marido também não teve forças para lhe dizer que gostaria de separar-se e que só conseguiu fazê-lo quando ela o procurou para um diálogo franco sobre o casamento. Após essa conversa, o ex-marido ainda ficou sete meses morando na casa com Gisele e as filhas, até que ela lhe deu um ultimato para procurar outro lugar para viver. Para Gisele, essa foi a pior fase de sua vida, pois “*dormia com um estranho*”. Em nossa entrevista, ela não relata que o ex-marido mantinha um relacionamento extra-conjugal e que saiu de casa para viver com uma outra mulher.

Dona Vânia, sobre o casamento de sua filha, relata que Gisele e o ex-marido aparentavam um bom relacionamento, sem brigas, ratificando a percepção de Gisele. A senhora, inclusive, viveu por cinco anos com o casal, e relata que esse foi um ótimo período de sua vida. O divórcio foi uma surpresa para todos da família. A senhora conta que a filha sofreu muito com a “*sujeira*” feita pelo ex-marido, que manteve um relacionamento extra-conjugal por um tempo, depois saiu de casa. Dona Vânia ainda critica o ex-genro por pensar que ele não se preocupou com as filhas, principalmente Vivian, que precisava muito dele.

Relação mãe e filha

Dona Vânia diz que a gravidez dos filhos sempre foi tranquila e a senhora amamentou todos eles, porém por curtíssimo período de tempo, já que logo engravidava do próximo filho e precisava interromper esse cuidado. O nome da filha Gisele foi escolhido com muito carinho e cuidado, pois era o nome que sempre desejou colocar em uma filha.

Dona Vânia percebe sua filha Gisele como uma mulher muito alegre, apesar de todo sofrimento que vivenciou com a separação de seu marido. A senhora conta que, como mãe, tenta fazer o possível para ajudar seus filhos, porém evidencia sentimentos de culpa, por não estar tão próxima deles, especialmente de Gisele, que mora em outra cidade.

A relação mãe-filha parece permeada por sentimentos de abandono. O primeiro relato é de boas relações, mas sutilmente aparece nas falas de dona Vânia a sensação de ter sido pouco cuidada por sua mãe, que precisava dividir sua atenção entre o marido, os oito filhos e

os cuidados do lar, sobrando pouco tempo para um relacionamento mãe-filha de cuidado afetivo e cumplicidade. Com seus filhos, dona Vânia sente que era muito brava, chamava-lhes a atenção repetidas vezes. Também tinha pouco tempo para estar próxima deles, já que trabalhava fora de casa o dia todo.

Sobre a gravidez e nascimento de suas filhas, Gisele conta que, com a primeira filha, Vanessa, tudo aconteceu conforme ela e o ex-marido haviam planejado, sem imprevistos. Teve desejo de engravidar logo de um segundo filho, e no terceiro mês de gestação de Vivian soube que a filha “*teria problemas*”, mas optou por continuar a gravidez. Necessitou fazer muito repouso, já que o bebê poderia nascer a qualquer momento.

Gisele conta que foi constatado, nesse período, que Vivian estava com “*água*” nos órgãos vitais e tinha síndrome de Turner, sendo que a gravidez poderia ser interrompida sem prenúncios. Assim, percebia o bebê se desenvolvendo dentro dela, mas achava que não podia fazer planos para ele, o que lhe era muito difícil. Em nível inconsciente, é impossível um casal, ou toda a família, não criar expectativas em relação ao bebê que se forma (Lisboa & Féres-Carneiro, 2005; Soifer, 1980). Infere-se que a família desejou ardentemente que a menina nascesse saudável, apesar do diagnóstico já estabelecido, lidando com ela dentro da normalidade, como se não houvesse doença, o que pode ter ocasionado dificuldades na garota em perceber suas diferenças corporais.

Com os devidos cuidados, Vivian nasceu sem problemas no parto. Gisele amamentou as duas filhas por cerca de um ano. A amamentação de Vivian foi mais complicada, já que, ainda recém-nascida, ela precisou passar por internações e cirurgias.

Então, a Vivian, quando ela nasceu, não foi constatado que ela tinha nada, assim, apesar da síndrome ela não tinha problema cardíaco, nada, ela ficou três dias no [maternidade], aí ficamos três dias, fez todos os exames, mas não constatou que tinha, e depois de um mês, quando eu levei pros exames de rotina, ela ficou na UTI. Do colo, pra UTI! Então não foi fácil. Eu falo que eu voltei com a roupinha amarelinha na mão, eu lembro até hoje, eu vejo, ela já ficou na UTI, tentou fazer cateterismo, angioplastia, mas não foi com sucesso, então ela fez a primeira cirurgia com 28 dias. Aí ela ficou onze dias, mas ficou ótima, a cirurgia foi um sucesso, tanto é que não teve que fazer nenhuma intervenção até hoje, como ela operou muito cedo, poderia ter chance de fechar, né, a aorta, porque a aorta tava fechada, então o normal seria isso, a gente fala que por Deus não fechou, tá ótima. Com cinco meses ela começou a usar óculos, eu descobri que ela tinha uma miopia de 13... Era um bebezinho de óculos, é uma outra coisa que... se você saía no shopping as pessoas falavam “nossa, já usa óculos?”... Não, né? Coloquei pra passear! [como resposta irônica e agressiva]. E... e depois com oito, acho que, teve glaucoma congênito. Então a vida dela no primeiro ano foi pesada. Ela operou aqui no HC, com 11 meses, do glaucoma. (Gisele, mãe, 45 anos)

Gisele conta de um período de muita dificuldade vivido com a filha Vivian, que necessitava de muitos cuidados especiais. Nessa época sente que foi muito apoiada e ajudada por sua mãe, dona Vânia, e acha que, por todas essas vicissitudes, a avó acabou se afeiçoando mais à Vivian do que os outros netos. Gisele diz que, apesar das dificuldades no início da vida, Vivian se desenvolveu saudavelmente.

O discurso de Gisele é por vezes contraditório no que se refere à Vivian. Relata que sempre tentou fazer a filha sentir-se “*normal*”, sem fazer diferença entre ela e a irmã mais velha (Vanessa). Vivian cresceu, então, desejando o corpo e atributos da irmã saudável, talvez sem perceber que era diferente, inclusive em seus traços síndrômicos e em seu tamanho, que é menor do que o de outras pessoas da mesma idade, consideradas saudáveis. O sintoma alimentar parece vir como resposta a essa tentativa de indiferenciação da mãe, ou então de negação de sua condição física e de suas limitações por toda a família.

A relação entre dona Vânia e Gisele parece ter sido abalada após o diagnóstico de AN, já que Gisele passou a questionar sua maneira de ser mãe, bem como os cuidados oferecidos a Vivian e Vanessa. A relação com sua mãe, dona Vânia, é percebida como frágil, como um vínculo que ainda está se construindo. Sente que a mãe era muito ausente em sua infância/adolescência e hoje tenta compensar o que não pôde oferecer aos filhos no passado.

Para Vivian, a relação com sua mãe é vivenciada de maneira positiva. Vivian sente que as duas são muito próximas. Os cuidados maternos são percebidos por ela principalmente nas situações de lazer, quando a mãe a leva para passeios no *shopping* ou ao cinema. Apesar do destaque a vivências positivas, Vivian demonstra não se sentir uma boa filha para sua mãe, já que em alguns momentos traz muitas preocupações à Gisele.

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Na Família Fontana, os cuidados maternos parecem associados com a falta, com a distância, tanto na percepção de dona Vânia quando os recebeu, como na transmissão desse cuidado aos filhos – havia pouco cuidado afetivo e muito cuidado concreto, relacionado à estrutura do lar ou ao orçamento familiar. Com o passar do tempo, parece haver aflorado em dona Vânia um sentimento de culpa, associado à sua ausência no lar quando seus filhos eram pequenos, falta esta que ela tenta compensar atualmente.

Gisele fala da percepção de cuidados frágeis por parte da mãe, já que sua tia era sua principal cuidadora. Com suas filhas, Gisele aparenta ser uma mãe presente e consciente das necessidades emocionais das filhas. Conta que sempre protegeu mais a caçula, por seus

diversos problemas, mas tentando sempre estar próxima da filha mais velha, que ela percebe como uma menina independente.

Gisele conta que Vivian era uma criança apaixonante, que sempre cativou as pessoas por onde passou. Posteriormente, diz que a filha era uma criança muito chorona, e que as pessoas tinham pouca paciência com a garotinha, assim ela se apegou mais à Vivian. Teme não ter “*dividido bem o tempo*” entre as duas filhas, assim como sua mãe o fizera, focando seu tempo e atenção nas atividades profissionais.

Os sentimentos destrutivos podem ser transmitidos entre as gerações, já que essas mães não conseguem dar contorno às angústias de suas filhas, que transmitem seus próprios anseios não elaborados aos filhos, perpetuando-se um ciclo de conteúdos arcaicos a serem transmitidos. As mães são sentidas como essenciais e, ao mesmo tempo, insuportáveis (Ribeiro, 2011). Gisele parece vivenciar sentimentos de raiva em relação à mãe, que ofertava pouco tempo de cuidado aos filhos na vida cotidiana. Atualmente, ela sente que a mãe tenta recompensar essa falta, pois se sente também culpada. Dona Vânia mostra-se como pessoa importante na vida de Gisele, por exemplo no que concerne aos cuidados com Vivian, mas também é sentida como mãe invasiva e crítica, que tem o poder de encerrar o relacionamento amoroso de Gisele, quando esta inicia um namoro.

Transmissão da feminilidade

Em um segundo momento, dona Vânia traz a percepção de que a neta poderia estar doente em decorrência de um relacionamento amoroso da Gisele, que havia iniciado um namoro. A senhora sugeriu para a filha que terminasse o relacionamento, indesejado por Vivian, em prol do bem-estar emocional da neta. Em sua fala, dona Vânia associa claramente divórcio e novos relacionamentos a abandono de filhos. Parece haver certo ressentimento de sua parte, por sempre ter se dedicado ao cuidado do marido, que era muito exigente, obedecendo-lhe fielmente. Atualmente, ela parece crucificar aqueles que não seguiram seus passos de devoção ao núcleo familiar tradicional. A transmissão da feminilidade parece estar associada a esses cuidados: ser mulher é dedicar-se com esmero ao lar, marido e filhos. O casamento interrompido de Gisele parece ter abalado essa crença familiar, já que todas precisaram repensar como é possível ser mulher sem um lar tradicional, como todos conheciam.

Gisele relata períodos de muita dificuldade na época do término de seu casamento, dizendo não querer enxergar os sinais que mostravam um fim iminente. Essa evitação da

realidade parece estar associada à sua percepção inconsciente da feminilidade: se não tiver marido, a tríade absoluta da Família Fontana (marido – filhos – lar) não se sustenta. Como Gisele poderia viver sem uma parte tão importante e significativa de sua constituição como mulher?

O divórcio e o novo relacionamento de Gisele parecem marcantes em sua constituição feminina. Herdando a feminilidade constituída por sua mãe, dedicava-se ao marido e filhas fielmente. Ao deparar-se com o fim do casamento e a possibilidade de um novo amor, sentiu-se culpada por não ser mais mulher como aprendera a ser. Chegou a terminar seu romance, sentindo-se culpada pelo desenvolvimento de sintomas obsessivos e de AN de Vivian. A mãe foi quem lhe sugeriu o término, apontando-lhe que Gisele “*não tinha o direito de namorar*”, pois deveria estar livre para cuidar dos filhos. Cuidar do outro e cuidar de si são tarefas mutuamente excludentes.

Na Família Fontana, os principais aspectos concernentes à transmissão psíquica transgeracional parecem estar associados ao desenvolvimento da feminilidade. Ser mulher é ser ativa, “*dividir o tempo*” – como nas palavras de dona Vânia e de Gisele – nas diversas esferas de atuação, mantendo múltiplas jornadas de trabalho (Withaker, 1988). Dona Vânia evidencia repetir os cuidados maternos que sua mãe lhe ofereceu, com a fantasia de que os filhos não precisam de cuidado próximo e emocional, já que podem se virar sozinhos. Os sentimentos de desamparo e abandono vão se perpetuando entre as gerações. Perpetua-se também a ínfima possibilidade de uma vida prazerosa, já que as atividades estão sempre focadas no trabalho vivenciado como sacrifício e obrigação, e no recebimento de proventos. Não há, nos relatos de dona Vânia e Gisele, presença de experiências espontâneas, divertidas e estimuladoras do desenvolvimento da criatividade – tudo deveria acontecer dentro dos limites e necessidades do lar.

Dona Vânia conta que sua mãe sempre seguiu os passos de seu marido em busca de trabalho, para o sustento da família. Todos iam com ele onde a oferta de emprego era melhor, inclusive todos eram impelidos a participar de tal tarefa. A senhora, ao constituir sua família, relata que as atividades do lar eram centradas em torno de seu marido. Como homem rígido e sistemático, ele determinava os horários das refeições e o modo como gostaria que elas fossem realizadas.

Gisele parece vivenciar intensamente ambivalências que lhe foram transmitidas pela mãe. Ambas verbalizam gostar de cozinhar, porém demonstram sutilmente que não o fazem porque desejam, mas sim por necessidade. Na juventude o corpo, para ambas, era motivo de

vergonha e insatisfação por sua extrema magreza, inclusive com busca ativa por aumentar o tamanho corporal, por meio da ingestão de medicamentos e vitaminas.

A anorexia nervosa

Sobre a AN de sua neta Vivian, dona Vânia traz inicialmente uma compreensão emocional do desenvolvimento dos sintomas, desencadeado pela saída do pai de Vivian do lar para viver com outra mulher.

Você conhece a Vivian? Ela é uma gracinha, né? Ela é tão bonitinha... Mas infelizmente deu esse problema aí. Mas eu acho que é tudo por causa do pai, porque se ele estivesse junto, mudaria as coisas, né? Pai faz falta. (Vânia, avó, 73 anos)

A relação com a neta Vivian é muito positiva, a senhora traz relatos de muito carinho em relação à jovem, inclusive repercutindo brincadeiras dos outros membros da família de que a avó é “*puxa-saco*” de Vivian, pois sempre cozinha os pratos favoritos da neta, principalmente após seu adoecimento, em uma tentativa de auxiliá-la em sua alimentação. Hoje dona Vânia relata perceber a melhora da neta com o início do tratamento, dizendo que a jovem está com aspecto mais saudável e também mais empolgada com suas atividades.

Gisele relata que sempre percebeu a filha Vivian como uma garota madura e bem resolvida, inclusive quando precisou enfrentar a saída do pai de casa, surpreendendo a todos com seu comportamento. O desenvolvimento da AN quebrou essa percepção, e agora a mãe se questiona se a filha tem a autoestima tão elevada quanto ela imaginava. Gisele ressalta as limitações de Vivian, como o uso dos óculos, dizendo que sempre esteve atenta para que a filha não se sentisse diminuída por isso. Assim, Vivian chegou a dizer que gostaria de ser modelo e sempre se compara com a irmã, que é descrita com uma jovem bonita, loira, alta e magra.

Gisele tem duas hipóteses sobre a origem da AN de Vivian. A primeira está relacionada ao desejo da garota de ser parecida com a irmã, e de almejar uma carreira de modelo, aspectos esses que Gisele parece ter incentivado inconscientemente, ao dizer que tentava não fazer com que Vivian percebesse que era diferente da irmã ou de outras crianças que não apresentavam a mesma condição orgânica (Síndrome de Turner).

Ainda sobre a AN, Gisele relata que viu sua filha “*à beira da loucura*”. Vivian passou a restringir a alimentação, a controlar calorias e a contar pormenorizadamente o que ingeria, como a quantidade de grãos de ervilha ou de macarrão. Foi um psiquiatra, amigo da família,

quem fez o primeiro diagnóstico, informalmente. Vivian tinha apenas 12 anos na época e Gisele conta que, por sua idade, era muito atenta à alimentação da filha, o que a ajudou a perceber rapidamente que algo não ia bem.

Gisele conta que já vê diferenças na filha com o início do tratamento, mas ressalta que cognitivamente ela sabe o que deve comer, mas emocionalmente não consegue cumprir o que sabe, apontando sua boa compreensão do problema da filha. Gisele sente que as principais dificuldades enfrentadas estão na família extensa que, por desconhecer a psicopatologia, acredita em uma cura rápida e instantânea. Gisele verbaliza que, antes do tratamento, não sabia que os aspectos emocionais eram tão intensos e importantes nos TAs.

Vivian, sobre a AN, diz que se alteraram algumas de suas percepções, pois antes imaginava que a pessoa que tinha TA desejava o transtorno. Hoje percebe que a “doença” é indesejada e sente que não há controle sobre ela.

No final do ano, quando eu comecei a diminuir muito a comida, muito mesmo, quando eu comecei a emagrecer, eu comecei com... eu tava com 34, aí eu passei pra 33, aí foi pro 32... Eu comecei a fazer dieta muito forte, aí eu fui emagrecendo, aí não sei, acho que eu comecei meio que querer emagrecer mais e aí eu emagreci, a minha mãe falou que se eu emagrecesse mais ela ia me levar ao médico e foi o que aconteceu, eu cheguei nos 30 quilos e ela me levou no médico, mas do mesmo jeito eu emagreci, depois ainda emagreci até chegar nos 25 quilos, eu fiquei bem mal. (Vivian, filha, 13 anos)

Sobre suas percepções de fatores desencadeadores da psicopatologia, aponta seu desejo de ficar mais bonita, com a beleza associada à magreza. Quando seu peso estava saudável sentia-se “gorda e mais feia”, o que a impulsionou a iniciar dietas restritivas.

Família Miranda

Leonora, a avó: *“Eu tenho uma dificuldade afetiva com ela [mãe], é quase uma relação de dever a cumprir”*

Júlia, a mãe: *“Eu deixei de prestar atenção em muitas coisas do Júlio (...) chegava final de semana, eu queria sair, queria passear...”*

Júlio, o filho: *“Eu não to aguentando mais, cansei! Os outros só tirando, tirando...”*

Aconteceram algumas tentativas (minhas e de dona Leonora) de agendarmos nossa entrevista no contexto ambulatorial, em um dia de retorno de seu neto, por desejo da avó de conhecer o funcionamento do serviço, já que ela é muito participante na vida do garoto. Não conseguimos acertar uma data, já que a senhora trabalha e estava com dificuldades em ausentar-se de seu comércio, então me disponibilizei a ir até a cidade em que ela vive, cerca de 100 km de Ribeirão Preto.

Ao chegar lá me surpreendi. Dona Leonora é bem diferente das avós que eu já havia entrevistado. É mais jovem do que a maioria, trabalha fora de casa, dirige um carro elegante, fez curso superior e tem uma bela casa. Ela vestia calça jeans, blusinha e camisa xadrez por cima, o que demonstra estar em compasso com a moda atual. Usava maquiagem. Em um primeiro contato, pude perceber que ela era muito falante e desinibida, como sua filha □ também participante da pesquisa, o que me deixou animada para nosso contato, que prenunciava a produção de bons frutos. Eu estava muito curiosa para conhecer a história daquela avó tão destoante das avós que já havia entrevistado.

Dona Leonora inicia nossa conversa, antes da entrevista propriamente dita, falando que já acompanhou Júlio no GRATA, no período de triagem e caso novo, enquanto ele ainda morava com ela. Diz que deixou de ir porque considera que a presença da mãe é mais importante, e as duas não poderiam ir juntas, pois se revezavam na administração de seu comércio familiar. Faço-lhe um convite para conhecer o funcionamento de nosso serviço, a rotina dos grupos e consultas individuais, dizendo que será muito bem-vinda.

Dona Leonora tem 68 anos e, na época de nossa entrevista, estava morando em sua casa, com seu neto mais jovem, irmão de Júlio. Mudou-se para a nova casa, construída a seu gosto, há cerca de um ano. Preocupa-se em destacar para mim, diversas vezes ao longo de

nossa conversa, de que a casa é muito bonita, porém os móveis são antigos, já que ela não teria condições financeiras de trocá-los no momento.

A senhora é viúva há dois anos. Tem três filhos, Júlia é a primeira, e dois homens que residem em outra cidade, distante da cidade em que vivem dona Leonora e a filha Júlia. A mãe de dona Leonora é viva, tem 93 anos e necessita de cuidados especiais devido a problemas de saúde.

Coletando os dados sociodemográficos, em relação ao nível de estudo, dona Leonora me conta que fez nível superior e seu marido também, porém ela não seguiu carreira na área escolhida. Fez um curso técnico e sempre atuou de acordo com essa atividade, como autônoma. Ela relata que visita muito a cidade em que vivem seus filhos, pois lá morou por 48 anos e gosta muito mais dessa cidade do que da cidade onde vive atualmente. Relata que vive na cidade atual (que é sua cidade de nascimento) para cuidar de sua mãe e para ajudar sua filha Júlia, que é viúva, no cuidado com seus filhos.

Ainda na primeira etapa da entrevista, conta-me que nunca está morando sozinha em sua casa, sempre um dos netos está com ela. Antes da mudança, residia no mesmo prédio que a filha Júlia, seu companheiro, e filhos. O neto Júlio já morava com ela em seu apartamento e sempre esboçava o desejo de morar com a avó em sua casa, quando esta fosse finalizada. Atualmente, Júlio voltou para a casa da mãe e seu irmão mais novo mudou-se para a casa da avó. Dona Leonora se diz muito ativa na vida dos netos e da filha, sente-se como uma segunda mãe e com liberdade de intervir na educação dos netos.

Júlia é uma mulher muito espontânea e parece interessada e animada em colaborar com a pesquisa. Recém-chegada ao serviço para o tratamento de AN de Júlio, ela sugere tranquilidade em relação aos sintomas do filho, diferentemente de outras mães, que chegam angustiadas ou desesperadas ao ambulatório.

Júlia tem 42 anos, fez curso superior, atualmente trabalha no comércio familiar, no qual divide as responsabilidades com a mãe. Seu primeiro marido, pai de Júlio e do filho caçula, foi assassinado durante um assalto, quando Júlia estava grávida do segundo filho (já no final da gestação, no oitavo mês) e Júlio tinha dois anos de idade. Na época em que a entrevista foi realizada, vivia em sua casa com seus dois filhos e seu segundo marido. Na entrevista de dona Leonora, realizada cerca de seis meses após a entrevista com Júlia, a senhora estava morando com o filho caçula de Júlia.

Sobre sua história de vida, conta-me que morava em uma grande cidade com os pais, mas sempre teve desejo de viver em uma cidade menor, em especial a cidade onde hoje reside. Relata, então, o desejo de uma trajetória contrária à mãe. Enquanto uma está satisfeita

com a cidade em que vive, a outra está insatisfeita, tal contrariedade é marcante ao longo da trajetória de vida familiar e perdura até os dias atuais. Júlia conheceu seu marido na cidade em que vive hoje, e lá constituíram família. A participante dá destaque à morte do primeiro marido, período de muita dificuldade e sofrimento em sua vida.

Depois de quase dois anos casada, eu engravidei do Júlio e com quatro anos, do [filho caçula]. Quando eu tava com oito meses de gravidez do [filho caçula], o meu marido trabalhando teve um assalto e ele veio a falecer. Então continuei em [cidade em que reside], com dois filhos, né. Ele faleceu em março, em abril o [filho caçula] nasceu. Eu continuei trabalhando muito, porque tinha os dois pra criar. (Júlia, mãe, 42 anos)

Júlia reforça que sempre foi batalhadora, buscando constantemente vencer as barreiras impostas pela vida. Além do falecimento do primeiro marido, destaca a AN de Júlio como um dos grandes problemas de sua vida. Júlia ficou viúva por cinco anos, então conheceu seu segundo marido e estão juntos até hoje.

Júlio era o único paciente do GRATA do sexo masculino, no período da entrevista. Faço-lhe o convite para participar da pesquisa, ele prontamente aceita. Ele fala pouco, porém em alguns comentários parece “querer impressionar”, exibindo seu lado mais masculino e agressivo. Ele parecia guardar alguma dor intensa e sem nome, que me deixava receosa de fazer perguntas, especialmente as que tratavam de sua família, pois tinha a percepção, em nossos contatos no serviço, de uma mãe que negligenciava os cuidados com o filho. Além disso, a morte do pai parecia ainda trazer extremo sofrimento ao garoto.

Na época da entrevista com Júlio, o adolescente havia iniciado o tratamento no serviço há cerca de dois meses e estava recuperando peso rapidamente, surpreendendo os profissionais da equipe. Contou-me, inicialmente, que morava com sua avó, mas que estava há um mês na casa da mãe, e assim permaneceu. Sobre sua vida, conta-me que é um garoto alegre, porém quieto, gosta de ter amigos e de atividades fora do lar, como jogar futebol na rua, andar de bicicleta e outros esportes, e não gosta de ficar em casa no computador ou *videogame*, como muitos garotos de sua idade.

Fatos marcantes da infância

Dona Leonora destaca a vida financeiramente tranquila de sua família e a intranquilidade vivenciada na relação com a mãe. O que dona Leonora diz levar da sua infância é o antigo ditado: “*criança não tem que querer*”. A mãe, muito séria e rígida, dava pouco espaço para os filhos expressarem seus desejos, seus afetos e seu lado insatisfeito.

O irmão de dona Leonora tinha uma patologia, a qual ela denominou de reumatismo infeccioso. Ele era muito magro, pequeno e tímido, enquanto a senhora se descreve como uma menina “*forte e rechonchuda*”. Assim, lembra-se que a mãe era muito cuidadosa com o filho, o que gerou sentimentos de ciúme e raiva em dona Leonora. Hoje o filho é mais distante da mãe, vive em outra cidade e dona Leonora participa ativamente da rotina de cuidados da mãe, porém sente que o irmão tem um relacionamento afetivo mais saudável com a senhora, enquanto ela exercita, por meio desses cuidados, o senso de responsabilidade e obrigação que aprendeu com sua mãe. Nesse sentido, dona Leonora conta que sempre foi boa aluna, tirava as melhores notas da turma, apreendendo o lado bom da rigidez da mãe, que lhe ensinou a ser perfeccionista e persistente.

Júlia, sobre sua infância, relembra o condomínio em que a família viveu, onde ela tinha muitos amigos e muitas possibilidades de diversão. Ressalta, ainda, que a mãe era uma pessoa “*muito legal, muito aberta*”, o que fez de sua infância uma época tranquila de sua vida. Júlia relata que sempre teve bom relacionamento com seus irmãos, mais jovens do que ela. Como irmã mais velha, gostava de mandar nos irmãos, sentia-se “*mandona*” e brava, gostava que os garotos agissem à sua maneira, já dando indícios de características de personalidade herdadas das gerações anteriores.

Enquanto isso, Júlio rememora as tragédias de sua infância, como o falecimento de seu pai e de seu tio paterno. Conta-me que o pai foi “*assaltado e tomou um tiro*” e que seu tio morreu no mesmo ano, em decorrência das complicações de um câncer.

Fatos marcantes da adolescência

Dona Leonora relata uma juventude permeada por brigas com a mãe. Foi uma “*adolescência normal*”, que envolvia estudos, amigos, paqueras, festinhas e clubes. Dona Leonora relata que não teve uma fase agressiva na adolescência, pois não havia possibilidade ou abertura para isso, porém sempre contestava as normas e ordens da mãe, dizendo ter sido uma filha “*mal criada*”, mas respeitosa.

Júlia, assim como nos relatos da infância, fala de uma época tranquila, não gostava muito de sair, era caseira. Ainda assim, percebia-se como uma adolescente “*respondona e mal criada*”, percepção esta que sua mãe, dona Leonora, tinha de sua própria adolescência – uma época de contestações, mas mantendo o respeito imposto pelos pais (principalmente pela mãe) dentro do lar. Desde então Júlia esboçava o desejo de viver em uma cidade menor.

Os relatos de Júlio sobre sua adolescência ficam centrados na primeira vez em que ingeriu bebidas alcoólicas e em suas tentativas de suicídio, que não apareceram concretamente nos relatos de mãe e avó. Estas talvez tenham uma percepção diferente dessas tentativas, já que em nenhuma delas Júlio se aproximou do risco de morte. No primeiro episódio ele amarrou um cinto no chuveiro e o objeto foi encontrado pela avó. Em outro episódio Júlio ingeriu suco de laranja com álcool etílico e não aconteceram grandes complicações.

Relacionamento com os pais

Para dona Leonora, o relacionamento com os pais sempre foi marcado por boa convivência com o pai, percebido como um homem tranquilo e amigável, porém firme quando necessário na educação dos filhos. A relação com a mãe foi vivenciada de maneira diferente, talvez no extremo oposto do que foi descrito com o pai.

[...] sempre tive muito mais ligação com o meu pai, porque o meu pai era aquela pessoa que, um gênio super bom, um temperamento tranqüilo e sempre se deu bem com todo mundo e era bravo, vai, ele dizia uma coisa e tinha que fazer, mas de uma forma muito legal. Já minha mãe sempre foi um terror, a minha mãe é uma pessoa super estourada, super explosiva, apanhei muito, porque [risos] eu sempre fui mal criada e enfim, é... Não tenho muitas lembranças, assim de, boas dessa relação com a minha mãe, porque a minha mãe foi muito brava mesmo. (Leonora, avó, 68 anos)

Para Júlia, o relacionamento com os pais era marcado pela forte presença da mãe e ausência afetiva do pai, que sempre fora um excelente provedor material. Já a mãe possibilitava um relacionamento aberto e próximo, porém mantendo a rigidez educacional aprendida com sua própria mãe.

A gente vê aquele pai, o que eu vejo hoje é que na época eu não sentia muita falta, minha mãe superava isso, mas o meu pai nunca foi aquele pai que foi ao shopping pra comprar uma roupa, nunca foi aquele pai que foi no zoológico com a gente, aquele pai que levou no cinema, não. O meu pai ele saía pra trabalhar sempre muito cedo, né, e voltava a noite. Por causa do alcoolismo, ele a noite tava sempre mal humorado, então assim, não brigava com a gente, mas não tinha um diálogo, né, não tive muita... Compartilhava, mas não era aquele contato assim, de amigo, não. (Júlia, mãe, 42 anos)

Confirmando o relato de dona Leonora, Júlia percebe a mãe como uma mulher forte, que ocupava o “lugar vago” deixado pelo pai. Assim, o pai parecia vagar como um fantasma pelo lar, lembrado pelo aspecto financeiro, mas não por ser um pai participativo.

A lembrança que Júlio tem do vínculo com o pai é de uma relação forte e intensa, já que ele era sua inspiração. Lembra-se que ele era rígido e controlador com a esposa (“*como era antigamente*”), porém cumpriu seu papel de homem da casa, sustentando o lar financeiramente. Relata também bom relacionamento com sua mãe e que sempre foi seu companheiro, mas que também a percebe como uma mulher brava e pouco liberal, no que diz respeito a alguns desejos dele de sair com amigos para participar de grandes eventos.

As vivências do corpo e a alimentação

Dona Leonora, sobre sua alimentação, conta que na época de infância/adolescência, as refeições eram preparadas pela funcionária doméstica, com o auxílio da mãe, que sempre gostava de tudo do seu jeito. A mãe também gostava de cozinhar, era especialista em comida árabe, para agradar o marido, descendente desta nacionalidade. Relata um episódio em que a mãe, insatisfeita com o preparo de uma carne, bateu um pedaço de bife na cabeça de uma das funcionárias. Havia muita rotatividade de empregadas no lar, pois a mãe sempre brigava com elas. Ao mesmo tempo, dona Leonora conta que a mãe sempre ajudou suas funcionárias, ofertando-lhes objetos, por exemplo. É possível perceber um intenso movimento “bate e assopra” da mãe de dona Leonora, uma expressão inadequada da agressividade, que parece estar sempre contida e escondida nos mínimos detalhes dos cuidados concretos com o lar.

Quando dona Leonora casou-se e constituiu sua família, tentou modificar a rotina do lar que havia aprendido. Conta que, atualmente, não arruma sua cama, foge da tarefa, pois foi algo que precisava fazer diariamente e com perfeição. Sobre o preparo da alimentação após o casamento, relata não ser sua atividade preferida.

Eu nunca cozinhei [risos]. Na verdade, eu já pensei, eu sempre quis muito demolir o modelo no qual eu fui criada. Então assim, eu adoro às vezes deixar, a minha casa é em ordem, mas eu nunca quero fazer naquele horário que é certo, porque parece que, eu falo: “eu não tenho a obrigação de fazer agora, eu to com preguiça e não vou fazer”. (Leonora, avó, 68 anos)

Relata que, atualmente, ela, filha e netos almoçam sempre fora de casa, buscando restaurantes que ofereçam refeições rápidas, já que o cotidiano exige que voltem logo ao trabalho. Contrária à fala anterior, em que dona Leonora sente que tentou erradicar de sua vida o modelo instaurado pela mãe no que condiz com os cuidados do lar/alimentação, ela traz a percepção de que muitos desses costumes continuaram arraigados e foram perpetuados em sua família.

Mas assim, um prato especial, a leitoa do Natal, o cuscuz pro aniversário, ou sei lá o que, eu sou boa de fazer, mas eu sempre tive empregada, a vida inteira, eu tive uma empregada que ficou comigo... parece que eu repeti a história da minha mãe [risos], eu convivi trinta anos, quase! E ela sempre cozinhava, eu não sabia nem o que eu ia comer, então essa rotina de cozinha de dia-a-dia, eu nunca gostei, então nunca fui de fazer, não [...]. Agora eu não, eu cozinhei bem pouco na rotina do dia-a-dia. Se eu ficar sem empregada eu sei fazer, cozinheiro legal, mas assim, não é uma coisa que... esse perfil de ser dona de casa... eu sou porque eu fui criada com alguém que sempre foi uma super dona de casa, mas eu não gosto. (Leonora, avó, 68 anos)

Dona Leonora relata que sua filha, Júlia, adora cozinhar e é muito organizada com a limpeza da cozinha. Diz que Júlia passava muito tempo com a avó, enquanto ela trabalhava, e aprendeu muito do cuidado com o lar e do preparo de refeições. Então percebe que são parecidas nesse aspecto. Porém, destaca que Júlia, ao contrário da avó, é muito “*alto astral*”.

Em relação às compras de mantimentos, diz que também não gosta de tal atividade, que faz por obrigação. Seu marido sempre foi o responsável por essa tarefa. Na casa de seus pais, ambos dividiam essa tarefa cotidiana. Nessa época, as refeições eram realizadas em conjunto e com seriedade.

Juntos. Todo mundo junto, ninguém levantava da mesa antes que meu pai e minha mãe acabassem [risos], era bem aquele esquema bem... a mamãe punha a mesa, a gente sentava, tudo super certinho, guardanapo, talher, tudo... ela sempre foi super exigente com isso, ela sempre fazia... sempre junto, as refeições eram sempre junto. Eu sempre fui assim, tipo, eu nunca... isso daí eu tento até entender, as vezes eu queria repetir alguma coisa, mas se era o último pedaço, eu nunca repetia [...]. Eu não, eu nunca comi o último pedaço antes que eu visse que o meu pai ou a minha mãe iam poder querer comer. É, ou o que os meninos fossem poder querer comer... É... uma coisa meio... e eu sempre fui comilona, mas assim, era, eu lembro bem disso, que as vezes eu queria, aí eu pensava “aí, e se meu pai quises...” [risos]. (Leonora, avó, 68 anos)

Hoje em dia não há regras com relação às refeições. Os horários são variados e os locais em que as refeições acontecem também. Dona Leonora almoça com um dos netos e Júlia almoça com o outro. Quando possível, almoçam os quatro juntos. O jantar também acontece nos mesmos moldes. Dona Leonora me conta (algo que pude, inclusive, observar) que em sua casa não há mesa para que as refeições sejam realizadas. Não há espaço adequado para isso. Quando comem em casa, devem sentar-se no sofá. Os netos, algumas vezes, comem na cama, enquanto utilizam o computador. A aversão em relação às refeições em esquema rígido e sério, com pouca possibilidade de prazer e liberdade, como relatados por ela, parece ter resultado em uma desestruturação e evitação desse momento. Não há espaço (concreto e

emocional) para a realização de uma refeição em família, momento em que pode haver diálogo e comunicação.

Sobre preferências e aversões alimentares, dona Leonora diz gostar de comida salgada. Ingere doces apenas em ocasiões especiais, por preferir o sabor salgado.

Em relação ao seu corpo é muito enfática ao dizer que não está satisfeita, “*de jeito nenhum*”. A senhora aumenta seu tom de voz quando lhe questiono se está satisfeita com seu corpo, respondendo um longo e agudo “*não!*”. Foi possível perceber que estávamos entrando em um campo vulnerável e frágil para ela, me senti “pisando em ovos”. Sobre sua insatisfação, relata:

Com tudo! Primeiro eu acho que é por estética mesmo, porque a gente fica feia, certo? Não tem roupa pra comprar, eu tenho algumas lojas que eu sei que eu vou lá e tem roupa do meu tamanho que é no perfil de roupa que eu gosto, que eu me sinta bem... Sou muito pesada, eu sou muito ativa e eu acho que no fim do dia eu fico muito mais cansada do que as outras pessoas, porque eu tenho a mesma, ou mais atividade que elas, só que eu carrego um peso muito maior. Me incomoda muito essa coisa de a hora que agacha fica difícil de subir por causa da, difícil abaixar por causa da barriga e difícil subir porque o peso é grande pro corpo equilibrar... Porque não é saudável, porque eu me sinto tolhida, principalmente, e isso eu acho super importante, pra mim, principalmente porque eu sempre fui uma pessoa super esportiva. Sempre nadei muito, sempre corri muito, sempre fiz alguma atividade [...]. E me frustra que é um horror não poder fazer tudo isso, porque eu teria que, primeiro por vaidade eu não vou usar um maiô. Eu não sou a gorda que se aceita gorda, não me aceito mesmo e vou morrer sem me aceitar, não quero nem fazer força pra me aceitar. Eu já deixei de ir em casamentos, em formaturas, em... Quando o meu marido, o meu marido dava aula em três faculdades, ele fez especialização, ele teve muita... na festa de especialização dele, eu não fui, porque eu tava gorda e não tinha vestido e eu falei “eu não vou comprar um vestido gorda”. Então assim, isso é uma coisa que isso daí eu acho que é um dos meus maiores problemas atualmente, além dessa parte financeira que eu já te falei que é super importante, é... eu acho que o que me incomoda é eu estar gorda agora. Tô tentando, eu até me inscrevi na [serviço de saúde] pra fazer lá a preventiva, que são atividades físicas, né, pra... Ai meu Deus, eu acho horrível, eu sou uma velha que eu fico péssima no meio daquele monte de velho [risos], porque a minha cabeça ainda é de que eu corria 15 km de manhã todo dia, que eu fazia não sei quantas piscinas (...). Só que eu não to conseguindo, por conta de tensão, porque eu sou aquela que descarrega, tem um probleminha eu corro na geladeira, então não to conseguindo. E já não to conseguindo há alguns anos, viu Élide? Já faz uns, desde que eu vim pra [cidade atual] eu já tava mais gordinha, mais gorda, aí foi piorando e piorando. Então, não, esse é o meu maior problema, eu acho que agora. (Leonora, avó, 68 anos)

É a primeira participante, não diagnosticada com AN, que dá destaque intenso à gordura como algo negativo, não apenas por questões orgânicas, como elemento facilitador de possíveis patologias associadas, mas também por aspectos estéticos e emocionais. Dona

Leonora evidencia e verbaliza extrema insatisfação com o próprio corpo e com o avanço da idade. Talvez por ser a avó mais jovem de minha amostra, vivencie já a idealização de uma imagem corporal que vêm sendo difundida amplamente há algumas décadas: o corpo magro e jovem, como objeto de desejo e satisfação (Borges & Magalhães, 2011; Vianna, 2003; Withaker, 1988).

Dona Leonora associa diretamente felicidade e tranquilidade com magreza. Em um ciclo vicioso, significa a gordura como fonte de tensão, e quando está tensa (por estar insatisfeita com sua imagem corporal e com outros aspectos problemáticos de sua vida), alimenta-se de produtos calóricos e em demasia. Por outro lado, sente que o comer a limita física e emocionalmente. Percebe-se como uma mulher inteligente e culta, que fez “*análise freudiana*” por sete anos, e cognitivamente capaz de escolher alimentos saudáveis e pouco calóricos, porém sua dificuldade em relação à alimentação é basicamente de ordem emocional.

A participante relata que, em sua primeira gravidez, ganhou 25 quilos, e que desde então está em permanente luta com seu corpo, em um movimento pendular de aumento e perda de peso, sem encontrar um equilíbrio. Diz que há quatro anos está obesa. Em minha percepção – apenas visual – há um sobrepeso, mas não obesidade. Pergunto-me se seria um indício de distorção da imagem corporal, ou a evidência de uma insatisfação crônica que se manifesta no plano corporal.

Júlia, em relação à alimentação, conta que sua mãe sempre teve funcionária doméstica, que era responsável pelo preparo das refeições. Seu pai era o encarregado de comprar os alimentos necessários, atividade que ele cumpria com prazer, enquanto a mãe desprezava tal tarefa cotidiana. As refeições eram feitas entre ela, mãe e irmãos. O pai estava presente apenas aos finais de semana, pois trabalhava muito durante a semana e se ausentava desse momento familiar.

Atualmente, ela e os filhos têm o hábito de comer fora durante a semana, já que a “*correria*” diária não lha reserva tempo para preparar os alimentos em casa. Aos finais de semana, Júlia gosta de cozinhar para a família e para os amigos, que sempre recebe em sua casa. Na época da entrevista, o filho Júlio retornara para sua casa havia três semanas. Antes ele morava com a avó. Júlia relata que os horários de refeições em sua casa são “*bagunçados*”, não há regras. Antes, ela tomava café da manhã com seu marido, hoje ela precisa levar Júlio na escola, então não faz essa refeição, pois relata não ter tempo. Sobre preferências e aversões, diz não ter aversões, apenas alguns alimentos que não lhe apeteçam. Prefere massas e comida árabe, que é uma especialidade de sua avó materna.

Sobre as vivências relacionadas ao seu corpo, relata que não está satisfeita. Gostaria de perder peso, ficar mais magra e assim sentir-se mais bonita: “*ficar numa forma um pouquinho melhor*”. Júlia conta que sempre teve problemas com o peso, ao longo da vida, e que tem esperança de chegar ao peso desejado.

Júlio conta, sobre sua alimentação, que durante a semana almoça fora de casa, normalmente com sua mãe ou com sua avó. O jantar é realizado na casa da mãe, mas “*nunca é comida, é sempre um lanche*”, sugerindo que se trata de uma refeição rápida, que demanda pouca elaboração. Nesse momento, todos estão juntos: Júlio, a mãe, irmão e padrasto.

Quando está na casa da avó, diz que saem para jantar fora também, já que a senhora não gosta de cozinhar, diferente de sua mãe. Ressalta, ainda, que na casa da avó não há regras em relação a horários, nem união, pois cada um se alimenta quando e como quiser. Também não há espaço para as refeições, pois a avó não tem uma mesa apropriada para tal em sua casa.

Sobre seu corpo, Júlio se diz insatisfeito, percebe que recuperou peso, então as roupas estão mais apertadas, o que lhe deixa muito bravo. Relata sempre um nervosismo, que remete a uma vulnerabilidade emocional, talvez parecida com os momentos de explosão de sua mãe e avó. A percepção de um corpo em crescimento o deixa fragilizado e emocionalmente instável. É válido ressaltar que Júlio, apesar de sua extrema insatisfação corporal, recuperou o peso perdido em pouco tempo de tratamento, mas sempre ressaltando o desprazer que isso lhe acarretava.

Dona Leonora relata que tanto ela quanto a filha, Júlia (que também luta com a balança), desejam ardentemente que Júlio não seja gordo, afirmando que ele não se sentiria feliz, pois está melhor com o peso dentro da faixa considerada saudável para sua idade e altura. Reforça que Júlio está conseguindo manter-se no peso adequado, com altos e baixos, e às custas de remédios que controlam a impulsividade e que antes era intensa a restrição alimentar, que o deixou em estado de desnutrição. Relata que o neto ainda não conseguiu equilibrar sua alimentação, assim como ela própria, que tem décadas de luta contra seus desejos alimentares. Júlio, ao conseguir restringir sua alimentação, inicialmente perdeu alguns quilos. Foi elogiado por mãe e avó, que repetidas vezes ao longo da vida tentaram também restringir a alimentação, sempre se queixando da gordura corporal.

Apesar da recuperação de peso rápida, dona Leonora ainda se preocupa com Júlio. O neto elegeu como sua imagem preferida uma foto em que estava muito emagrecido.

Porque ele ficou ‘campo de concentração’, era puro osso, não tinha bunda, não tinha nada. Eu falei: “gente, como que a pessoa chega a esse ponto?”, não é? Você enxergava as costelas, as vértebras, é uma pele em cima do esqueleto, né? E não, Deus me livre, eu prefiro ele gordinho e tudo. Mas agora, eu acho que precisa ser um gordinho alegre, né, um gordinho que se aceite. Eu acho difícil, viu, o gordo que se aceita, porque a pressão hoje é tão grande, tudo pressiona: a moda, as atividades, as pessoas, tudo leva você a querer tá magro, não é? E eu acho difícil, mas eu, assim, ver o Júlio gordo de novo eu não queria, agora não quero também que ele fique doente, né? Também não quero... (Leonora, avó, 68 anos)

As mensagens transmitidas sobre corpo ao adolescente são confusas e contraditórias. Diz-se que é possível “*ser gordo*”, se isso trouxer felicidade e satisfação. Porém, não parece admissível ser “gordo e feliz” em uma família em que a gordura é tomada como paradigma da feiúra. Os sintomas de Júlio parecem evidenciar esse discurso, já que o jovem, em pouco tempo de tratamento, passou de uma severa e intensa restrição alimentar a comportamentos compulsivos.

O desenvolvimento afetivo-sexual e as relações amorosas

Dona Leonora conta que conheceu seu marido em sua época de faculdade (ele também cursava o nível superior), e namoraram à distância. Conta que o marido era um homem de traços muito bonitos, mas destaca que perto da morte ele estava “*um caco, horrível*”. O marido era alcoolista e próximo do fim da vida teve sua saúde muito afetada. Perdeu a vista e precisou interromper o trabalho, o que o levou a consumir mais álcool. Sua morte foi em decorrência do uso abusivo da substância. A senhora conta que o marido era um homem bom, tranquilo e amigável, e que sempre trabalhou, oferecendo à família um padrão de vida com muito conforto e regalias. É assim que dona Leonora também descreveu seu pai.

Dona Leonora sente que sempre foi mais presente na vida dos filhos do que o marido, que oferecia o luxo, mas não o afeto. Assim, ela queixa-se de que o marido era tranquilo, porém tranquilo em demasia, ausentando-se do cuidado com os filhos, tanto nos aspectos educacionais, como nos momentos de lazer em família.

[...] então uma pessoa tranquila, mas tranquila demais, que nunca fez força pra poder ser mais participante na vida da gente, não é? E isso eu acho que foi porque o meu lado, que era meio de participar em excesso, vamos dizer assim, ficou fortalecido, não é, você convive com uma pessoa que não tá nem aí, e se você tem uma, se a sua índole é de participar, aí você vai mais, né, porque você não divide. Então na minha casa eu acho que eu sempre fui mais forte, essa coisa de conviver, de temperamento, de participar... (Leonora, avó, 68 anos)

Assim, dona Leonora destaca o papel ausente do marido, mas também se coloca como uma mulher forte e que ocupou os espaços preenchidos por ele, ao invés de reivindicar que ele ocupasse seu papel de pai. Quando o marido da filha Júlia faleceu, ela prontamente mudou-se de cidade, a fim de ajudar a filha, também ocupando esse papel que seria do pai dos garotos, assumindo essa tarefa até hoje. É possível questionar se haveria espaço para os homens cuidarem dos outros membros do grupo na Família Miranda. Dona Leonora atribui à mulher a função de cuidado, enquanto, inconscientemente, coloca os homens no papel de seres distantes e desinteressados em compartilhar essa tarefa: “*daqui a pouco eles [netos] vão fazer faculdade, aí acaba isso daí [o relacionamento próximo], não é? Moço é diferente...*”. Dona Leonora evidencia, em seu relato, que apenas ela, sua mãe e sua filha moram atualmente na mesma cidade, para que uma possa cuidar da outra. Os homens (seu irmão e filhos) estão distantes desse cenário feminino.

Sobre o casamento, a senhora conta que o casal teve muitas brigas, não havia harmonia, nem serenidade na vida conjugal. A principal crise enfrentada foi quando o marido começou a beber muito. Primeiramente ela relata que o marido “*bebia normalmente, não era alcoólatra*”, porém suas histórias não confirmam suas palavras. Em um segundo momento, a participante relata que o marido bebeu muito, a vida toda, porém sente que ela prestou pouca atenção a esse problema.

Eu não percebia que ele bebia todos os dias, só percebi quando ele ficou mal de saúde, que aí ele não podia mais nem trabalhar. Ele morreu assim, em consequência, ele morreu por isso, porque ele teve uma úlcera do duodeno supurada, por conta de tanta ingestão de álcool, aquilo lá virou uma ferida e ele não se cuidava, no final da vida ele falava que queria mesmo morrer, então aí que ele não se cuidava mesmo, entendeu? Não foi legal, não, foi muito, muito ruim. (Leonora, avó, 68 anos)

Fica evidente a invisibilidade do marido no núcleo familiar. A esposa só percebeu o grau avançado de seu alcoolismo quando já se haviam instalado importantes sequelas no organismo dele. Até então, ele parecia passar despercebido aos olhos da família, sendo destacado apenas pelo provimento financeiro. No relato de dona Leonora, inclusive, não há qualquer menção ao fim de seu casamento dela. Já a filha, Júlia, relata que os pais se separaram e que passaram a morar em casas diferentes.

Júlia diz que conheceu seu marido quando cursava o terceiro ano do Ensino Médio. Ela havia se mudado para a cidade em que hoje reside, viveu um ano na casa dos avós paternos, e depois voltou para a cidade em que moravam seus pais, para cursar faculdade. Namoraram à distância e, ao fim do curso superior de Júlia, casaram-se e ela se mudou definitivamente para a cidade do marido, onde constituíram família. Em relação ao casamento, a participante manifesta relatos e vivências ambivalentes.

É, foi tudo o que eu sonhei o meu casamento, foi um casamento bom. O [primeiro marido] era extremamente possessivo, extremamente inseguro, eu... Mas eu era feliz daquela forma, né, achava que era feliz, não sei, hoje eu não sei, não consigo me ver naquela vida [...] É, tinha ciúme, era inseguro, ele era meio machista, né, eu não usava cabelo solto, não usava roupa decotada, nada disso, tudo ele achava que chamava a atenção, né, e com isso eu fui me deixando, né. Mas eu, na época, eu não me via de outra forma, eu achava que eu era feliz e pronto. De vez em quando tinha umas brigas feias, mas eu sempre voltava atrás, que o meu amor era muito maior que aquilo tudo e... Há tempos atrás eu faria tudo de novo, né, hoje é completamente diferente, mas... fui feliz. (Júlia, mãe, 42 anos)

Júlia conta que as principais crises enfrentadas no casamento eram relacionadas ao ciúme do marido. Trabalhavam juntos, então ele a controlava o dia todo e as brigas era constantes. Júlia sente que havia um abismo de diferenças entre as criações de ambos. Relata também, quando questionada, que também era muito ciumenta, “*possessiva*”, e atribui essas características à sua idade e imaturidade. Era ela quem sempre cedia para que a briga finalizasse e o casal voltava a se entender.

A gravidez de Júlio foi tranquila e muito desejada pelo casal. A gravidez do segundo filho foi muito desejada por ela, mas Júlia acredita que o marido aguardaria mais tempo: “*a gravidez não foi tão desejada pelos dois*”. Quando Júlia esperava o segundo filho, o marido foi assassinado.

O parto é que foi muito complicado porque eu perdi o [primeiro marido] com oito meses de gravidez, então eu falo que foram, foi um dos dias mais felizes da minha vida e um dos mais tristes, né, porque eu tinha uma criança, mas eu não tinha o pai, né. Então foi muito difícil. A gravidez muito tranquila, mas muito traumática. (Júlia, mãe, 42 anos)

De acordo com Ribeiro (2011), o olhar falho da mãe pode ocasionar na criança desprezo em relação a si mesma, há a sensação de não poder ser verdadeiramente amada. Dona Leonora e Júlia casaram-se com homens emocionalmente distantes, frios no contato com os filhos e com a esposa. As brigas conjugais permearam as duas gerações. Porém, Júlia destaca que seu pai foi um provedor financeiro muito eficaz, enquanto seu primeiro marido era considerado avarento e o segundo companheiro não auxilia na manutenção da casa, pois, conforme as palavras de dona Leonora: “*a casa é dos meninos e da Júlia, e o namorado dela mora lá também*”. Aparentemente não aconteceu a integração de uma nova família. O sentimento de pertença de Júlio pode ter fragilizado. Não havia espaço subjetivo para ele naquela família que se reconfigurava, ele não mais se reconhecia naquele “corpo familiar” que foi totalmente modificado pelo ingresso de um novo membro (Eiguer, 1985; Lisboa & Féres-Carneiro, 2005), que além de lhe “roubar” o amor

materno, identificou-se claramente com seu irmão, restando-lhe a solidão e o desamparo. Morar com a avó pareceu uma boa alternativa para encontrar um lugar que fosse seu, tanto do ponto de vista concreto como emocional.

Júlio não traz relatos de relacionamentos ou experiências amorosas. Sugere ainda estar mais interessado nas vivências de menino, associadas a brincadeiras na rua e práticas de esportes com os colegas de escola.

A relação mãe-filho

Sobre gravidez e nascimento de seus filhos, dona Leonora relata que não houve complicações. Amamentou-os por pouco tempo, cerca de três meses, pois tinha pouco leite. Diz que seu desejo era ter sua primeira filha menina, e assim aconteceu, Júlia é sua primeira filha. Interessante destacar que dona Leonora também fora a primeira filha de seus pais.

A imagem que tem de Júlia é positiva. Destaca que a filha é muito ativa, característica essa que descreve como sua também, e da qual tem muito orgulho.

Eu acho a Júlia, assim, é muito, é muito determinada, não tem preguiça, mas de jeito nenhum, e ela tem uma coisa que eu não tenho, e acho que isso eu admiro muito, a Júlia, ela tem amor pela vida, entendeu? Ela gosta de conviver, ela gosta de gente! [...] Então ela é uma pessoa, assim, que se relaciona muito bem, ela não tem isso que eu tenho: se eu estou gorda, não me convide pra ir em algum lugar, eu só vou se não tiver jeito, se for um velório, que eu tenho obrigação de ir, se for o aniversário de alguém próximo, que eu tenho que ir, mas se for um casamento de alguém que eu convivo socialmente, eu não vou comprar uma roupa! Eu não vou, assim, eu me puno porque eu tô gorda, entendeu? A Júlia não, ela quer emagrecer, porque ela fala: “não, eu não vou morrer assim”, mas ela não perde um passeio, ela não deixa de ir numa reunião. (Leonora, avó, 68 anos)

A relação mãe e filha, ou seja, com Júlia, é vivenciada de maneira positiva. Dona Leonora relata aspectos que admira na filha. Diz que se mudou de cidade quando Júlia ficou viúva, para poder ajudá-la nos afazeres cotidianos e na educação dos garotos, evidenciando a proximidade e intimidade que as duas têm. A senhora se emociona ao me dizer que não tem vida própria, pois vive para os filhos e netos, e sente que sua felicidade depende da felicidade deles. Martiriza-se por não poder oferecer atualmente à filha um padrão de vida mais elevado, como tiveram ao longo da vida. Destaca, ainda, o sofrimento da filha, que ficou viúva aos 29 anos, grávida de seu segundo filho.

Após a morte de seu marido, Júlia passou a contar com o auxílio de sua avó materna para cuidar de suas crianças pequenas, já que precisava trabalhar, e após algum tempo sua

mãe, dona Leonora, também se mudou para a cidade, com o intuito de ajudar a filha, que estava em intenso sofrimento.

Júlia relata que seu sonho era ter uma filha, assim como sua mãe sonhara. Assim, só tinha nomes femininos para dar aos seus bebês. O pai de Júlio queria dar seu nome ao garoto, mas por se tratar de um nome composto, Júlia não aceitou. Fez-lhe outra proposta, de colocarem apenas o segundo nome do pai no garoto, mas ele rejeitou. Então, Júlia relata que “*aceitou*” colocar Júlio, versão masculina de seu nome, mas que foi o marido quem escolheu o nome por causa da esposa, de modo que ela foi obrigada a aceitar. O nome do segundo filho foi ainda mais difícil de escolher, especialmente porque Júlia ainda desejava uma filha, estava certa de que teria uma menina, então não havia pensado em possibilidades de nomes para menino.

A participante relata que não amamentou seus filhos. Júlio teve uma bactéria sensível à lactose, então não recebia bem o leite materno. Já na segunda gravidez, não havia tempo concreto para amamentar o filho, já que Júlia teve que voltar às atividades de trabalho instantaneamente após o nascimento do menino. Também não espaço emocional para a amamentação, já que Júlia estava muito traumatizada pela morte repentina e violenta do marido.

A relação mãe-filho parece marcada por vivências de abandono. Júlio, ao deparar-se com o novo casamento da mãe, parece ter perdido seu lugar. Optou por morar com a avó, proposta aceita pela mãe, que o deixou ter outra cuidadora. Júlia relata que o garoto sempre teve muito ciúme dela, ocupando talvez o lugar emocional deixado vago pelo pai ciumento, dela e que nunca aceitou seu novo casamento. A mãe parece não ter conseguido propiciar ao filho uma reintegração nessa nova família e legitimou tal vivência do garoto, ao deixá-lo sair de sua casa. Ela verbaliza tal dificuldade do filho, percebe que seu marido se afeiçoou mais ao seu caçula, e que Júlio “*foi ficando meio de lado e por essa razão quis morar com a avó*”. Assim, Júlio perdeu seu pai, mas também sentiu que perdeu sua mãe. Júlia sente que o filho tem um relacionamento melhor com a avó e relata não ver problema nessa situação, e assim parece poder viver plenamente sua nova família. A volta de Júlio ao lar traz um rompimento nesse funcionamento, que parecia estabilizado. Júlia precisa, inclusive, deixar de tomar café da manhã com o marido, atividade que preparava e organizava para cumprir antes da volta do garoto.

Júlio, sobre o relacionamento mãe e filho, relata que sua mãe é muito agitada e reclama muito dos acontecimentos da vida, deixando-o cansado e sobrecarregado. Ressalta, ainda, em tom triunfante, que por vezes se aborrece com a mãe, mas essa sempre reconhece que está errada e acaba lhe pedindo desculpa.

O relacionamento com a avó é vivenciado de maneira positiva por Júlio. Relata um episódio em que se sentiu compreendido por ela:

Ah, com a minha avó é bem legal, porque eu tenho muita liberdade com ela, que nem quando... De quinta pra sexta, assaltaram a minha casa, que a minha avó tava viajando, tava sozinha a casa. E aí roubaram tudo as minhas coisas, eu falo que parece que alguém pega no meu pé. Entraram na casa, mas eu acho que era moleque, então roubaram tudo. Pouquíssimas coisas dela e pegaram minhas coisas, levaram corrente de ouro, não levaram coisa muito de valor, mas levaram coisas significativas, minha corrente de ouro que foi do meu tataravô, o meu videogame, duas malas, roupa que o meu irmão trouxe dos Estados Unidos pra mim e isso foi me deixando muito nervoso, né, aí eu falei pra minha avó: “eu não aguento mais”, ela falou: “o que que você quer fazer?”, eu falei: “não, eu não to aguentando mais, cansei! Os outros só tirando, tirando”, ela falou: “ah, mas foi a primeira vez”, eu falei: “primeira vez, não! Primeira vez foi lá o ladrão e matou meu pai, agora rouba minhas coisas”, eu falei pra ela: “vó, tô precisando...”, eu não sei se ela fez certo, tal, mas eu falei: “vó, eu vou tomar essa cerveja, vamos dividir, eu não aguento mais”, ela falou assim: “então tá, você toma meia, eu tomo meia, que você vai tomar, você não vai ficar tonto, não vai acontecer nada”, aí eu tomei. Aí eu acho que minha avó me compreende, sabe? Que nem, faz um mês que eu tô lá com a minha mãe, ela sente muita falta minha, porque à noite eu durmo com ela... porque ela apóia em mim, eu apóio nela... (Júlio, filho, 15 anos)

Júlio conta um episódio em que se sentiu acolhido por sua avó em seu “*nervosismo*”. Ele parecia vivenciar angústias extremas e sentimentos arcaicos de abandono e esvaziamento, buscando o amortecimento (que ele imagina ser) proporcionado pelo álcool. Além disso, o álcool, pela situação de falecimento de seu avô, também está associado a algo que pode levar à morte, findando o sofrimento pela via do entorpecimento.

Assim como sua mãe, Júlia, o adolescente acha que não consegue retribuir suficientemente o carinho que lhe é dedicado por sua avó. Parece haver uma atmosfera de cobrança por cuidados, demanda nunca plenamente satisfeita.

Para Júlio, não há tentativas reais de resolução de conflitos no núcleo familiar. Cada membro do grupo tenta esconder ou camuflar suas angústias, aguardando que a solução aconteça naturalmente. Conta que a mãe tem um casal de amigos do qual Júlio e dona Leonora sentem ciúme, pois acham que Júlia dá mais atenção a esses amigos do que à família. Para não haver esse tipo de diálogo e a consequente exposição do conflito, Júlia esconde da mãe quando os amigos vão visitá-la. Júlio diz participar desse tipo de conluio, para evitar situações desagradáveis na família.

Os cuidados maternos percebidos e transmitidos

Em relação à força do vínculo mãe e filho, envolto por uma aura ambivalente de amor e ódio, percebe-se que dona Leonora tenta conscientemente escapar das heranças psíquicas

deixadas pela mãe. Ao contrário dessa, é menos cuidadosa com seu lar e desvaloriza as regras instituídas pela mãe no momento das refeições, que estabeleciam horários, presença obrigatória de todos à mesa e respeito aos mais velhos (dona Leonora nunca comia a última porção de alimento, receando que seus pais também o desejassem, o que sugere uma certa indiferenciação da personalidade, que se expressava no plano da alimentação).

Dona Leonora foi além de sua mãe: não quis ocupar seu espaço sendo uma mulher rígida e que tinha como parceiro um homem afetuoso – colocou-se nos dois papéis – a mãe séria e brava, mas também amiga e companheira, com um marido pouco percebido no contato emocional. Essa função foi, de certo modo, engolfada por dona Leonora – mãe e pai dos filhos do casal.

Em outros aspectos, dona Leonora se encontra em um intenso processo de identificação com a mãe. Ambas deixam-se levar pelas emoções raivosas, são consideradas (e se consideram) mulheres bravas e explosivas. Sempre que possível, vale-se de racionalização para enfrentar as angústias. Dona Leonora relata que, atualmente, cuida de sua mãe (na época da entrevista com 93 anos), porém não parece haver afeto ou emoções envolvidas – é uma relação baseada na obrigação moral, ou seja, deve cuidar da mãe para um dia poder receber os cuidados de sua filha. Circulam fantasias na família de que o que é oferecido, um dia será devolvido, no que concerne aos cuidados entre mãe e filha. Os homens (filhos) são vistos como afetivos e cuidadosos, porém inábeis para sustentarem o contato concreto, capacidade que é atribuída a essas mulheres.

Dona Leonora diz que, após muitos anos de “*análise freudiana*”, é consciente de alguns erros e acertos na educação dos filhos.

Eu acho que eu repeti com eles muito das coisas que eu odiei a mamãe ter feito comigo, mesmo que objetivamente eu soubesse que eu não podia fazer aquilo, eu não sou uma pessoa ignorante, fiz faculdade, tive aula, tive psicologia, tive formação universitária, li quinhentos mil livros, literatura, então você tem uma visão grande da vida, do ser humano, você não consegue ficar fechada ali naquele mundinho [...] Então acho que é mais um motivo pra eu me cobrar: “poxa, você sabia tanto, você sabia que você não gostava de como você foi tratada, você sabia o que é certo, então por que você não faz?”. Mas é engraçado que é como é forjado o temperamento, né? O meu temperamento foi forjado assim, da educação que eu tive da minha mãe, e por isso que eu procurei psicólogo, por isso que eu procurei analista, porque eu tinha consciência de que sozinha a gente não vence isso, não é? Como a gente não vence mesmo. Então eu acho que eu podia, tipo eu enxergo bem que eu, o que eu não gosto da Júlia, que às vezes ela é explosiva, às vezes ela grita, tá repetindo a história, entendeu? Então assim, eu tenho, eu não consigo ver a vida dos meus filhos só: “ah, eles são assim”, eu sempre que eu vejo eu penso: “poxa, poderia ser diferente se eu tivesse sido diferente também”. (Leonora, avó, 68 anos)

Sobre a filha Júlia no exercício da maternagem, dona Leonora a percebe como uma boa mãe, porém acha que a filha carregou algumas características suas (que ela, por sua vez, diz ter carregado de sua mãe), que ela considera negativas, como ser explosiva e a falta de tranquilidade. Percebe que a filha se esforça para cuidar dos filhos, mas nem sempre consegue ser uma mãe carinhosa: “*vamos dizer que ela é bem assim, 80%... é uma boa mãe*”. A senhora relata que Júlia tem uma característica que ela admira, mas ao mesmo tempo questiona, no cuidado com os filhos. Diz que Júlia, há cerca de sete anos em um novo relacionamento, tem seu momentos de cuidar dos filhos, mas também o momento em que os deixa em segundo plano, para curtir a vida com o marido. Dona Leonora sente que não se formou uma nova família com a chegada do companheiro de Júlia, apenas um novo casamento, em que o marido de Júlia não abraçou os garotos como parte da família.

Ele [marido da filha] tem a vida dele, ele sai pra correr, sai pra jogar tênis, ele não chama ninguém. Com a Júlia, ele é ótimo, viajam assim de finalzinho de semana, vão aqui, vão ali porque ele tem moto, fazem uns passeiosinhos curtos de moto e tudo, ele é muito, tem muito amigos, então convida pra jantar, pra almoçar, esse tipo de programa, mas, assim, eu acho que ele não casou com a família da Júlia, ele casou com a Júlia. Inclusive ele mora no apartamento que é da Júlia, né, então assim, a casa dos meninos, mas não é a casa dele, sabe? (Leonora, avó, 68 anos)

É possível perceber que Júlia é uma mãe explosiva, como sua mãe também se descreveu. Porém, diferentemente de dona Leonora, não ocupou o espaço deixado vago pelo marido na família, talvez a perda concreta de seu companheiro tenha lhe impelido a se ausentar desse contato emocional, já que teve, sem ter consciência clara desse desejo, que ocupar as duas funções. Assim, a avó ocupou esse lugar de pai dos garotos, mas também apropriou-se parcialmente da função de mãe, “autorizada” por sua filha.

Júlia sente que não consegue retribuir à mãe o carinho e ajuda que ela lhe oferece. Diz-se muito dependente de dona Leonora e carente de seus cuidados. A senhora divide com as filhas as tarefas relacionadas à maternagem, o que também dá espaço para que Júlia “*seja feliz sozinha com seu marido*”, como é de seu desejo.

Júlio diz que a mãe lhe dá muitos conselhos, mas não relata experiências de envolvimento emocional. Em outra via, vê-se como um filho rebelde (rebelando-se frente à falta de atenção?), mas “*legal*”. Suas rebeldias podem ser percebidas, segundo ele, em seu desejo de começar a ingerir bebidas alcoólicas (lembrando que seu avô paterno faleceu em decorrência do alcoolismo, na época em que Júlio iniciou os sintomas de AN), em suas tentativas de cortar-se, e no seu humor instável, pois sempre está “*muito nervoso*”.

Transmissão da feminilidade

Dona Leonora, mesmo conscientemente insatisfeita, parece ter se identificado com vários aspectos de sua mãe. Há evidências de uma tentativa de reparação (percebida na repetição do vínculo) dessa relação com a filha Júlia. Agora, já adulta e mais madura, dona Leonora cuida da mãe idosa, porém sem contato afetivo – coloca-se na obrigação de cuidar da mãe (formação reativa), possivelmente em uma tentativa de restaurar o afeto perdido, que pode ter se transformado em ódio. Os sentimentos ambivalentes (amor e ódio) entre mãe e filha podem sugerir uma tentativa de diferenciação entre as duas (Ribeiro, 2011), tentativa esta que parece ainda não ter sido alcançada com êxito pelas mulheres da Família Miranda. As mães parecem exigentes e cruéis, ao mesmo tempo em que há necessidade (e busca incessante) de contato afetivo entre mãe e filha. Para Ribeiro (2011), se não há um encontro minimamente satisfatório entre mãe e filha, é sinal de que pode haver precariedade e desorganização da feminilidade.

Dona Leonora diz que, principalmente na época atual, em que se sente mais madura, se dedica mais aos filhos, esperando receber futuramente os cuidados em troca, quando necessário. A mudança de cidade aconteceu para ajudar a filha no cuidado com seus filhos, mas também esperando que esta retribua esse cuidado, quando a senhora não for mais independente em seus autocuidados.

A transmissão da feminilidade ocorre com maior intensidade em linhagens de mulheres, mas não apenas. Os garotos também são influenciados e identificam-se com a figura materna (Ribeiro, 2011). Júlio evidencia estar intensamente identificado às insatisfações corporais de mãe e avó, que estão associadas às emoções explosivas.

Assim, Júlia lhe transmitiu sua principal identificação, seu próprio nome. Júlio diz que não sabe como seu nome foi escolhido, mas sabe quem o escolheu: a mãe. Diferente do que aparece no relato de Júlia, diz que o pai não queria esse nome, mas o aceitou por insistência da mãe.

Dona Leonora e Júlia desejavam uma filha, talvez em uma tentativa de poderem reparar suas próprias relações com a mãe. Júlia não conseguiu concretizar esse desejo, teve dois filhos e colocou no primeiro a versão masculina de seu nome. Parece ter acontecido uma intensa identificação entre mãe e filho, especialmente após a morte do pai. Após o segundo casamento de Júlio, talvez possamos falar de uma tentativa forçada de desidentificação, em que Júlia se voltou totalmente para o marido, e Júlio se ausentou do contato diário no lar. Sem

uma vivência satisfatória dessa separação, Júlio desenvolveu um sintoma, identificado-se com as dificuldades da mãe – e da avó – no que concerne à má integração da imagem corporal.

O primeiro objeto de identificação da criança é a mãe. Para a menina este seria um fator de segurança, já que sua feminilidade estaria protegida. Já o garoto pode ter sua masculinidade ameaçada, a depender da perda da identificação com a mãe e da identificação posterior com o pai (Greenson, 1993). Para Ribeiro (2011), a identificação com o pai é menos problemática, na medida em que há um distanciamento parcial, enquanto a relação mãe-bebê depende de fusão e depois de separação (que nunca é alcançada totalmente). Júlio perdeu o pai ainda muito pequeno e seu contato afetivo mais duradouro foi com a mãe e avó materna. Avó, mãe e neto parecem se encontrar no temor pela gordura e dificuldades em controlar a alimentação. Em uma família em que as mães desejam filhas, Júlio se identificou com tais características, e parece se sentir mais próximo e aceito por essas mulheres exigentes. O segredo familiar se inicia aí. Dona Leonora e Júlia evitam comentar diante do adolescente suas insatisfações corporais. Assim, a família se estrutura em um esquema alimentar confuso, denunciado indiretamente pelo jovem ao manifestar sintomas de um TA.

A anorexia nervosa

Dona Leonora mostra-se ambivalente em relação à AN. Diz que não gostaria que o neto estivesse doente, mas deseja que ele seja magro, para evitar os desprazeres que ela credita às pessoas com sobrepeso.

E com relação ao Júlio, eu não quero o Júlio anoréxico. Claro, se falar: “qual você prefere?”, claro que eu não prefiro o Júlio anoréxico, mas assim, eu não gostaria do Júlio gordo. Eu acho que o Júlio, eu queria o Júlio saudável, magro, se sentindo bem, ativo, porque pelo menos pra mim a gordura limita que é um horror, é uma coisa que me incomoda muito [ênfase] mesmo. (Leonora, avó, 68 anos.

A senhora relata que os sintomas iniciaram próximo à morte do avô. O garoto se mostrava muito curioso com a possibilidade de morte do avô, que seguia internado em UTI, esboçando o desejo, todos os dias, de visitá-lo. Parece ter havido uma forte identificação entre neto e avô neste período, sendo possível considerar que o avô era o referencial masculino de Júlio, que perdera o pai ainda com dois anos de idade.

Dona Leonora sente que seu neto mais jovem, irmão de Júlio, identificou-se com o marido de Júlia, talvez por não ter conhecido seu pai (estava no útero quando o pai faleceu). Assim, Júlio perdeu o espaço que tinha em casa, pois não contava com a atenção da mãe, que

estava mais voltada para o início do casamento. Júlio, então, esboçou o desejo de viver com a avó, em seu apartamento. A avó sente que a AN ajudou Júlio a reaproximar-se da mãe, que durante o tratamento pôde resgatar os cuidados mais próximos com ele.

Sobre o relacionamento com os netos, dona Leonora conta que é muito próxima deles. O neto mais jovem está morando com ela, e ela se diz chateada, pois percebe que isso afastou o neto do marido de Júlia. Em outra via, relata que faz de tudo, no dia a dia, para agradar o neto, para que ele continue morando com ela.

A relação com Júlio também é tranquila. Ela percebe que agora o neto tem uma batalha, que será vivida até o fim da vida, no que diz respeito à alimentação. Dona Leonora vive na pele essa batalha, já que está sempre em guerra com seu corpo, com a balança e com o avanço da idade. Relata que Júlio já foi “*obesinho*”, teve um problema estomacal e uma pequena perda de peso por esse motivo, já que os alimentos não lhe caíam bem. A família buscou o tratamento adequado, mas dona Leonora acha que o neto experimentou ficar mais magro, gostou, foi elogiado e acabou perdendo o controle, passando a restringir muito a alimentação e iniciando intensa prática de exercícios.

Atualmente, a família está mais tranquila, pois Júlio está em tratamento, recuperou peso e não tem mais ideias suicidas. A senhora conta que Júlio gostaria de ser morador de rua, que é “*descompromissado, come pouco e é magro*”. Ela sente que as principais dificuldades enfrentadas foram na época aguda dos sintomas, em que ainda não haviam iniciado o tratamento e não podiam deixar o garoto sozinho, receando uma tentativa de suicídio.

A percepção atual que dona Leonora tem da AN é a de uma psicopatologia séria, que exige tratamento intenso. Ela acha que, por ser uma “*doença psicológica*”, é de difícil (ou impossível) cura, pois “*faz parte da personalidade*”. A experiência de dona Leonora lhe mostra que esse sofrimento é de difícil erradicação, já que ela própria vivencia esse temor exagerado da gordura e do envelhecimento, sugerindo que é possível aprender a viver melhor com alguns aspectos, mas que eles não se evadem da personalidade.

Júlia percebe seu filho como um garoto feliz e alegre, mas com o desenvolvimento da AN, essa percepção foi modificada. A psicopatologia parece ter sido a maneira inconsciente do garoto requerer o olhar da mãe. Ela, agora, o vê como um garoto triste e dependente de seus cuidados, que antes ela havia delegado à sua mãe. Ainda no início do tratamento, apresenta uma compreensão superficial da problemática do filho, pensando que a recuperação do peso equivale à cura.

Como mãe, diz sentir-se muito realizada. Apesar de estar surpresa com o TA do filho, destaca que este está doente, mas ressalva que, felizmente, ele não está envolvido com drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas.

Sobre mudanças na rotina familiar após o início dos sintomas do filho, Júlia relata, surpreendentemente, que não houve modificações. Aponta diferenças apenas no seu olhar e atenção ao adolescente.

Era normal como é hoje, mas, por exemplo, em relação ao Júlio, ao transtorno alimentar com ele, às vezes eu deixava ele, deixei de prestar atenção em muitas coisas do Júlio, então às vezes, assim, deixei de achar que... achava que ele era independente e deixei de ter um olhar assim mais atento. Hoje eu tô resgatando o Júlio, acho que já resgatei. Não só com o Júlio, porque assim, antes chegava final de semana eu queria sair, eu queria passear e eu deixei um pouco, né, de lado, eu via muito o meu lado. Hoje eu pondero um pouco mais, tenho um olhar de novo, pra resgatar aquele lado família. (Júlia, mãe, 42 anos)

Júlia relata que, após o início do segundo casamento, ficou mais atenta ao marido e às atividades de lazer que gostaria de compartilhar com ele (viagens, festas e passeios com os amigos), diminuindo a atenção dada aos filhos, especialmente Júlio, que saiu concretamente de seu campo de visão, ao mudar-se para a casa da avó. Demorou a perceber que o filho estava com sintomas de AN, pois estava pouco atenta à sua alimentação, considerando normais suas escolhas alimentares. Também não percebia a intensa atividade física que o garoto se dedicava ao longo do dia.

A busca por tratamento foi longa. Homeopata e psicóloga do garoto fizeram o diagnóstico. Depois aconteceu a procura por tratamento especializado, com aguardo na fila de espera do serviço.

Segundo a mãe, as principais dificuldades enfrentadas na família estão relacionadas às alterações de humor de Júlio, inconstância em suas atitudes e o medo da morte do filho.

Na verdade, o Júlio foi apagando, mas assim, tinha altos e baixos, de repente ele tava bem, daqui a pouco ele tava lá embaixo, né, mas a maior dificuldade foi ver o Júlio ir morrendo, né, ele foi apagando, como uma vela que vai, exatamente isso, daí você vendo a morte muito perto, eu não tinha noção que a anorexia era tão grave, e o medo, né, o Júlio chegou num peso, ele chegou a 32 quilos, o IMC, ele viu aqui, a primeira vez era 13,5, mas ele chegou abaixo disso. E o meu maior medo era de ter uma parada cardíaca, de um... As brigas, né, pra ele comer, no começo a gente não tem preparo nenhum, aí eu brigava pra ele comer, então os horários de alimentação, os horários de refeição, eram um transtorno, né. O [filho caçula] falava: “eu não aguento mais ver briga na hora de comer”. Foi virando um inferno, realmente foi. E depois eu fui vendo isso, eu fui tentando melhorar, mas no acerto e erro, né. (Júlia, mãe, 42 anos)

Atualmente relata perceber a complexidade dos transtornos do comportamento alimentar. Acredita que pessoas (familiares) com menos cultura devem demorar mais a perceber o início dos sintomas, o que pode prejudicar ainda mais a pessoa acometida. Sente-se tranquila pelo filho estar sendo acompanhado por uma equipe multiprofissional, dedicada especialmente aos TAs, e feliz em ter conseguido obter a vaga, que “*é para poucos*”.

Júlio, no que concerne à AN diz que pouco sabia sobre o tema antes de seu diagnóstico, havia feito um trabalho sobre o tema para a escola, porém se envolveu superficialmente. Diz que não enxergou que estava doente no início dos sintomas e que quem percebeu foi sua mãe. Além de restringir a alimentação, ficou mais triste, não conseguia interagir com os colegas de escola e fechou-se em seu universo. Hoje sente que é muito cobrado por seus familiares, que estão atentos a ele. Percebe que a AN “*não tem meio termo*”, o que parece ser característico de seus sintomas: restrição intensa, no início do quadro, e manifestação de comportamentos compulsivos, atualmente.

Após a morte do avô, os sintomas se intensificaram. A restrição alimentar ocupava seus pensamentos e suas emoções – “*emagrecer e ficar mais bonito*” – como aprendeu que deve ser, para ser aceito na Família Miranda. Isso pode ser ilustrado com a máxima de dona Leonora: “*eu não acho que tem algum gordo que se aceite*”. Júlio repete a luta diária de sua mãe e de sua avó, uma guerra contra o corpo e contra seus impulsos e desejos. As emoções “explodem” nos três – raiva, ódio, rejeição, sendo canalizadas para a relação com o alimento, onde encontram uma válvula de escape. As experiências alegres são percebidas nas entrelinhas, porém também trazem tristezas. Quando Júlia se diverte, junto ao marido e amigos, avó e filho sentem-se abandonados. Os vínculos mostram-se frágeis, já que é possível perdê-los a qualquer momento.

Júlio, com o desenvolvimento de sintomas de AN, parece estar reconquistando os cuidados maternos. A doença aproximou os membros da Família Miranda, na medida em que foram sendo resgatados cuidados concretos (morar na mesma casa, fazer uma refeição acompanhado), com a esperança de que os cuidados afetivos, tão desejados em um vínculo mãe-filho, também floresçam.

5.1 Síntese integrativa

A partir dos resultados analisados foi possível identificar algumas convergências entre as seis famílias (Monteiro, Assis, Azevedo, Sampaio, Fontana e Miranda), tanto em relação às dinâmicas de funcionamento familiar, como no que concerne aos padrões de transmissão psíquica transgeracional.

Eiguer (1985) sugere que o grupo familiar tem um funcionamento inconsciente, que é diferente dos funcionamentos individuais isolados, o que influencia na manutenção dos vínculos intrafamiliares. Pôde-se perceber, nos relatos das mulheres de sucessivas gerações das famílias analisadas, a prevalência de vínculos ambivalentes, nem sempre percebidos e identificados pelos membros da mesma maneira. As avós de todas as famílias, por exemplo, relataram vivências de relações primordialmente positivas com suas filhas e netas, as quais não foram confirmadas por estas, que relatam relações conflituosas e, algumas vezes, marcadas pelo distanciamento físico e emocional. Para Enten e Golan (2009), pais de pessoas com TA se percebem adequados e eficientes nos cuidados prestados aos filhos, enquanto os mesmos se sentem negligenciados nesses cuidados, ora abandonados, ora invadidos pela autoridade excessiva. É possível observar essa ambivalência nos cuidados maternos percebidos e transmitidos nas famílias aqui analisadas. Avós e mães prestam os cuidados, como os receberam, sem a consciência de que os filhos os percebem enquanto invasões emocionais, mas também muitas vezes se sentem desamparados em suas vivências mais significativas.

Nesse sentido, é possível identificar formas peculiares de circulação de fantasias dentro do grupo familiar. Todos os participantes evidenciam, em seus relatos, a proeminência de fantasias de abandono iminente, algumas vezes confirmadas pela concretude das traumáticas experiências de morte. Essas fantasias apontam para a existência de um mundo interno esvaziado de sentimentos amorosos.

As famílias analisadas parecem não oferecer uma forte base amorosa consolidada, o que ocasiona sentimentos de não pertencer ao grupo (relatos de fantasias e experiências de ser abandonada e também a sua contrapartida: o abandonar). Nas palavras de Caroline (filha, Família Monteiro): “*eu fiquei sem lugar*”, e no discurso de Júlia (mãe, Família Miranda): “*o Júlio foi apagando*”. São famílias com figuras maternas fortes e influentes, porém com figuras paternas ausentes, evidenciando desequilíbrios que geram relações disfuncionais (Lawrence, 2002; Oliveira & Santos, 2006). O transtorno alimentar emerge como sintoma, engendrado

como resposta a tal disfuncionalidade; nesse sentido, é o indicador maior da mesma (Lane, 2002; Selvini-Palazolli, 1974).

Percebe-se que todas as mães das famílias estudadas herdaram de suas próprias mães (aqui descritas como as “avós”, tomando como referência a paciente com diagnóstico de AN) a maneira de exercer a maternidade. As avós pontuam, em seus relatos, a disponibilização de cuidados maternos concretos, sempre vinculados aos afazeres domésticos. Ficou patente que as mães analisadas cuidam de seus filhos do modo como foram cuidadas. Os cuidados foram transmitidos entre as gerações, com pouca possibilidade de elaboração: uma maternagem aprendida precocemente, em decorrência de injunções e necessidades familiares, e não desenvolvida de maneira gradual, com o tempo de maturação que essa função altamente especializada exige. De acordo com Fleck et al. (2004), embora possa haver indícios de desejo de mudança nos padrões relacionais transmitidos transgeracionalmente, eles são mantidos, com função homeostática, preservando-se a ilusão de se viver algo já conhecido em outras gerações. Nesse sentido, a emergência de sintomas, por vezes tão grosseiros e acachapantes como se percebem na AN, introduz um fato absolutamente insólito, estranho e incompreensível no seio do conhecido, quebrando não apenas a homeostase familiar, como também a sensação de reprodução dos mesmos padrões de funcionamento familiar ao longo da cadeia intergeracional.

Maria Monteiro caracteriza o papel de mãe como cuidadora dos afazeres domésticos, em detrimento do cuidado emocional. Sua mãe, dona Elizabeth, valoriza tal aspecto, dizendo que a filha é uma boa mãe, principalmente pelos cuidados que tem com o lar. Já Rita (Família Assis) se apresenta como uma mãe “brava” e autoritária, assim como se posicionou também sua mãe, dona Auxiliadora. Atualmente, Rita mostra-se capaz de perceber os aspectos negativos de sua rigidez no contato com os filhos, e mostra indícios de que seu papel de mãe está sendo reelaborado e ressignificado. Dona Carmosina e Alba (Azevedo); Dona Leonora e Júlia (Miranda), percebem-se como mães “bravas” e preocupadas, assim como foram suas próprias mães. Todas se dizem controladoras e explosivas, com dificuldade no controle dos impulsos agressivos. Pode-se dizer que tais representações psíquicas do que seriam as funções maternas foram transmitidas para as filhas, que as repetiram com seus próprios filhos, sem espaço para que elas pudessem criar seu próprio jeito de serem mães. Desse modo, o legado intergeracional recebido não pode ser reinventado e ressignificado.

É possível inferir, através dos relatos dessas cuidadoras, que há repetição dos cenários de cuidados entre as gerações. São mães que sugerem não terem encontrado uma medida equilibrada de cuidado emocional a seus filhos. Confirmando a literatura científica, as mães

são muito próximas, porém o vínculo é conflituoso, havendo ambivalência entre intrusão e simbiose (ilusão de fusão plena) (Lawrence, 2002; Marcos & Cantero, 2009; Sherkow et al., 2009; Ribeiro, 2011), desde as gerações anteriores, não apenas no vínculo mãe-filho com AN. Nesse sentido, alguns aspectos característicos de AN parecem rondar essas famílias há muito mais tempo, muito anteriores aos sintomas diagnosticados nos jovens.

A autoridade dos pais deve ser adequada – no sentido de ser flexível – em relação ao nível de desenvolvimento do filho, já que ela é necessária para a resolução da maioria dos problemas emocionais ou de comportamento da criança (Enten & Golan, 2009). Em famílias de jovens com AN, percebe-se que os pais são extremamente autoritários, o que pode acarretar problemas na esfera da autonomia do filho, que pode desenvolver o sintoma do comportamento alimentar como uma maneira de tentar evadir-se do desconforto suscitado por essa situação de aprisionamento (Compernelle, 1982; Miranda, 2011; Ribeiro, 2011). A família fica presa a um funcionamento que se mostra bloqueado para o desenvolvimento e a individuação. Para superar essa situação, o sistema familiar precisa ser readaptado, de modo a proporcionar os cuidados necessários ao paciente, atenuando as angústias familiares e proporcionando possibilidades de elaboração do funcionamento psicodinâmico do grupo em questão (Espíndola & Blay, 2009; Sim et al., 2009; Souza & Santos, 2012).

A mulher, preparada desde as brincadeiras infantis para servir, atua também no mercado de trabalho com a mesma função que lhe foi designada. No lar, ela é responsável por servir o alimento, enquanto o homem é o principal responsável pelo provimento financeiro (Withaker, 1988). A mulher acumula tarefas, carregando responsabilidades sociais e subjetivas mais pesadas que as dos homens (Del Priore, 2000). Como cuidadora primordial da alimentação familiar, ela se empodera desta função, que lhe é tolhida quando a filha desenvolve AN.

As mudanças históricas fizeram com que a mulher brasileira, muito recentemente, saísse do campo e consolidasse residência na cidade, precisando se adaptar a um novo cotidiano. Essas mulheres observaram as mudanças nos casamentos, antes indissolúveis, que passaram a durar cada vez menos tempo, e também a diminuição do número de filhos. Foram construídos novos cenários para as relações afetivas, nem sempre sonhados/acompanhados por essas mulheres (Del Priore, 2000; Withaker, 1988).

É possível perceber padrões relacionados aos estilos de vida nas gerações estudadas. Cinco avós (exceto dona Leonora Miranda) viviam com suas famílias na zona rural. As fronteiras entre adultos e crianças eram frágeis, porosas, quase inexistentes. As crianças tinham responsabilidades contraídas precocemente, por necessidade de sobrevivência da

família em meio a um ambiente marcado por privações materiais. As mulheres logo cedo são direcionadas para se desincumbirem de atividades ligadas ao funcionamento do lar, precocemente. Todas reportaram vivências de fartura/variedade de alimentos no período da infância e adolescência, enquanto ainda residiam com seus pais e irmãos. Adami-Lauand e Ribeiro (2012) apresentam um estudo com mães de pacientes diagnosticadas com TA com foco na transgeracionalidade. Todas as participantes relataram que, após o diagnóstico de TA de suas filhas, sentiram-se desvalorizadas por não ocuparem mais o papel de provedoras (basicamente, do alimento) das filhas, sentindo-se destituídas da função que aprenderam no passado com suas mães e avós, que tinham como papel primordial prover os cuidados com a manutenção da casa e da alimentação, juntamente com outros cuidados básicos devotados aos seus filhos.

Para Borges e Magalhães (2011) a base dos laços intergeracionais está na transmissão e, também, nas diferenças que surgem entre determinadas gerações. A transmissão também acontece em um nível sociocultural, em que são transmitidos a vivência de uma realidade, hábitos e significados, contribuindo com o desenvolvimento da subjetividade. Quatro das mães participantes do estudo tiveram experiência profissional como cozinheiras. O alimento ocupa lugar central em suas vidas, corroborando o estudo de Miermont (1994), que diz que pessoas dessas famílias podem dar demasiada atenção ao tema, como manias em relação a alguns alimentos, dietas constantes, ou trabalhos em atividades culinárias. Inicialmente, na infância e juventude, havia as responsabilidades assumidas no lar relacionadas ao alimento. Posteriormente, havia a necessidade de obter vantagem financeira para auxiliar a complementar o orçamento familiar e, depois, os cuidados familiares precisaram ser reorganizados com o desenvolvimento de AN das filhas. Mães diagnosticadas com TA evidenciam dificuldades no manuseio e prepare de alimentos e refeições (Barnett et al., 2005; Sherkow et al., 2009). As mães aqui analisadas demonstram facilidade em tal atividade, porém no que concerne às atividades profissionais. Quando é necessário cozinhar para a família, os relatos remetem a exaustão e obrigações. Houve pouquíssimos relatos de mães e avós sobre as refeições enquanto experiências prazerosas, corroborando o estudo de Dallos e Denford (2008) que diz que essas emoções negativas são transmitidas transgeracionalmente.

A literatura sugere que mães insatisfeitas com o próprio corpo e preocupadas com a alimentação podem influenciar suas filhas em seus esquemas alimentares e na percepção da imagem corporal (Blissett & Haycraft, 2011; Francis & Birch, 2005; Keery et al., 200; Sherkow et al., 2009). É possível observar, nas seis famílias analisadas, insatisfações plenas em relação ao formato corporal, seja no temor pela gordura, seja na insatisfação de um corpo

muito magro (avós, principalmente), que em outras gerações tinham uma conotação negativa. Assim, perpetuaram-se vivências negativas do corpo, transmitidas sem elaboração, cruamente, entre todas as gerações. O corpo remete a um fantasma, aterrorizando todas as gerações dessas famílias aqui analisadas.

Para Wagner e Falcke (2004), as gerações anteriores – por meio da cultura, da moral e dos valores compartilhados – influenciam a história de vida de cada membro familiar, sem que este se aperceba, atuando sobre sua vida amorosa e também profissional.

Nesse sentido, percebe-se também a reprodução de vários aspectos de constituição e funcionamento familiar, advindos das gerações anteriores. São repetidos os cenários familiares. A não elaboração do funcionamento familiar disfuncional é transmitida transgeracionalmente (Käes, 2001), repetindo-se a cena. Maria (Monteiro) casou-se com um homem alcoolista, incapaz de honrar o pacto de lealdade conjugal, que por seu comportamento amoroso marcado por relações extraconjugais também desencadeava profundo mal-estar em suas filhas, como aconteceu na geração de sua mãe, dona Elizabeth. Rita (Assis) constrói uma vida familiar centrada na religiosidade, ao lado de um marido extremamente católico e trabalhador (como fora seu pai) e filhos obedientes, que se submetem à sua rigidez educacional, como acontecia na família de dona Auxiliadora, bem como era do desejo desta que isso acontecesse com a filha Rita.

A participante Alba (mãe, família Azevedo) mostra-se consciente – e bastante queixosa – dos conflitos vivenciados no relacionamento conjugal. Sua mãe Carmosina (avó, família Azevedo), em seu relato com poucos elementos, confia a vivência de dificuldades em sua vida sexual, porém não consegue nomear outros conflitos com o marido. Não havia no contexto familiar abertura para o diálogo sobre gravidez, sexualidade e outras necessidades ligadas ao usufruto dos prazeres do corpo. Com isso, a dimensão afetiva era enormemente empobrecida. O corpo era experienciado sob um véu de pudor e vergonha. Alba também menciona dificuldades dessa ordem, especialmente relacionadas à gravidez de seus filhos, vivenciadas com dificuldades e desconfianças.

Já dona Noêmia (avó, família Sampaio), relata uma vida distante dos filhos, já que estava sempre trabalhando, e para manter seu emprego precisava delegar os cuidados parentais aos outros filhos. Amparo (mãe, família Sampaio) revive esse padrão de fuga do contato com o núcleo familiar direcionando as energias para o trabalho, sempre privilegiando o estar fora de casa (trabalhando em três períodos), e também dividindo com outros parentes (especialmente sua própria mãe) a educação de seus filhos.

Na Família Fontana, o foco das atividades cotidianas está sempre centrado nas responsabilidades financeiras, tanto na geração de dona Vânia, como na geração de Gisele. O cuidado emocional e íntimo fica deslegitimado, sem lugar para ser estabelecido no cenário familiar.

Na Família Miranda, as angústias ficam direcionadas ao corpo e à alimentação. As gerações se envolvem em tais momentos de maneira conflituosa, com muita rigidez e seriedade, ou então no extremo oposto, de maneira desorganizada. Em todas as gerações, os vínculos apenas podem ser cuidados em situações extremas, como doenças ou morte de algum membro do grupo. Nesses momentos essas pessoas se permitem uma aproximação, que rapidamente é quebrada pelas necessidades rotineiras.

Para Wagner (2004), a transgeracionalidade constitui-se de padrões familiares que se repetem nas gerações que se sucedem, mesmo que as pessoas envolvidas não percebam a ação insidiosa de tal repetição. Tais padrões se estruturam baseados em legados, valores, segredos e mitos que compõem o imaginário familiar. Assim, a geração das mães se desenvolveu permeada pelos conflitos não elaborados da geração de suas próprias mães (avós). O núcleo familiar é estruturado sobre o que foi transmitido, buscando-se uma repetição da ideologia familiar, que é composta pelos legados recebidos. É possível perceber que não há questionamento dessas heranças transgeracionais nas famílias aqui estudadas, perpetuando-se muitos comportamentos indesejados, porém essenciais para que o grupo familiar se reconheça e se identifique enquanto tal.

Os relacionamentos conjugais são marcados por forte colorido edípico, evidenciado na escolha dos maridos. Eiguer (1985) aponta que, no momento da união, ou seja, da escolha do objeto amoroso, manifesta-se o fantasma que liga as representações individuais e aponta conteúdos recalcados. Maria (Monteiro) se refere a seu pai com sentimentos de profunda mágoa devido à traição conjugal e pelos episódios recorrentes de abuso de álcool, assim como condena a filha que ele teve fora do casamento. Rita (Assis) fala pouco de seu pai e se mostra bastante ressentida por sua morte prematura. Amparo (Sampaio) diz que quase não havia diálogo com seu pai. Alba (Azevedo) parece ter melhores lembranças do relacionamento com seu pai, mencionado como “*carinhoso*”, porém frisa que sua mãe era quem geria o lar. Gisele Fontana também fala de um pai ausente, emocionalmente distante, que ao falecer trouxe “*liberdade*” aos membros da família. Na Família Miranda fala-se de homens (pais e maridos) frágeis, com pouca possibilidade de se inserirem na vida familiar ativamente.

São mulheres que não tiveram a experiência de uma figura paterna forte e acessível, que pudesse funcionar como fonte segura para identificação e que desempenhasse um papel estruturante em sua vida mental (Lawrence, 2002; Miranda, 2007). Em um estudo que buscou

elucidar as percepções de três gerações de mulheres a respeito da conjugalidade, Carvalho e Paiva (2010) sugerem que a história de vida da mulher e o relacionamento de seus pais influenciam transgeracionalmente a aquisição de seus valores pessoais, seu acesso à sua feminilidade e sua função dentro de seu próprio núcleo familiar.

É possível vislumbrar a hipótese de que os sentimentos de mágoa e decepção direcionados à figura paterna frágil, não permitiram que essas mulheres pudessem reelaborar o significado de marido/companheiro, escolhendo para si próprias parceiros que reproduziram a cena dos casais parentais. Tal repetição, que pareceu tão evidente para os pesquisadores, não é reconhecida pelas mulheres entrevistadas, o que sugere o caráter inconsciente das escolhas e dos padrões de funcionamento familiar. Seguindo um movimento inercial, os conflitos psíquicos transmitidos pela família são repetidos e reexperimentados com o parceiro e a família constituída (Eiguer, 1985; Onnis, Gianuzzi & Romano, 2007), sem que se abra espaço para sua ressignificação.

A escolha do objeto sexual está relacionada ao primeiro organizador da vida inconsciente familiar (Eiguer, 1995). Quando nascem os filhos do casal, os mesmo já vêm ao mundo com expectativas neles depositadas pelos pais (Soifer, 1980), conteúdos muitas vezes recalçados, provenientes de outras gerações. Quando a família é frustrada, surgem sentimentos de abandono e solidão, e o indivíduo sente tal experiência como um fracasso (Wagner & Falcke, 2004). As mães aqui analisadas reproduziram as famílias de suas mães (avós), porém a geração dos filhos (Caroline, Isabel, Mabel, Catarina, Vivian e Júlio) parece não ter recebido suficiente investimento libidinal e emocional do casal parental, para que pudessem se lançar a novos relacionamentos. Diferentemente disto, eles fecharam-se em seu pequeno círculo familiar disfuncional, fecharam-se mais ainda no próprio corpo infantilizado, não permitindo a evolução para o corpo feminino (no caso das mulheres), afastando assim as outras pessoas de si próprias. Os sintomas de AN são vividos, frequentemente durante longo tempo, no mais absoluto segredo. Os filhos se recolhem ao silêncio e à sombra.

De acordo com Lawrence (2002), nesse contexto relacional a menina, em seu processo de amadurecimento, sofre de intensas ansiedades de intrusão, associadas ao corpo feminino, que se refletem na formação de seu mundo mental. O desenvolvimento de curvas, seios e quadris, bem como a emergência da menarca são, para muitas mulheres, símbolos de força e crescimento. Para meninas com AN, esses marcos desenvolvimentais são significados como representações de fragilidade e vulnerabilidade, o que pode aumentar os sentimentos de desconforto e intrusão, fazendo com que elas tentem negar tais expressões corporais, que sinalizam os passos iniciais que preparam a entrada na vida adulta, infantilizando o próprio corpo e ingressando em um movimento de regressão a padrões físicos e psíquicos extremamente imaturos.

No caso de Júlio, único garoto participante dessa pesquisa, pode-se inferir que o jovem identificou-se (fusalmente) às figuras maternas (mãe e avó). Buscou alcançar o ideal de corpo estabelecido por elas como desejado (magro), em uma tentativa de aproximação à possibilidade de reaver o amor da mãe, sentido como sendo perdido para o novo marido da mesma. Conflitos familiares e mensagens negativas associadas ao corpo estão associados à sintomatologia do TA e à autoimagem negativa do filho. Essas comunicações verbais negativas sobre peso e formato corporal parecem exercer forte influência no surgimento do TA (Hanna & Band, 2006), como sugerem as vivências de Júlio em relação ao seu corpo.

O segundo organizador inconsciente da vida familiar proposto por Eigner (1985) está relacionado com o modo como cada indivíduo investe no grupo, ou seja, como ele se percebe como membro daquela família e como vivencia as relações familiares. Os relatos das participantes sugerem que não há uma confiança estabelecida psiquicamente em relação ao grupo familiar. A família não provê bases sólidas para identificação, sem a qual o processo maturacional fica paralisado. Predominam vivências de abandono, negligência parental e desproteção, que fomentam sentimentos de desamparo e menos valia. Esses sentimentos são filtrados na intensa ambivalência dos vínculos intrafamiliares. A relação mãe-filha nessas famílias é sentida ora com desejo intenso da simbiose e fusão, ora com temor da intrusão do outro em seu mundo mental, o que suscita a busca desesperada de uma possível tentativa de separação (Lawrence, 2002; Marcos & Cantero, 2009; Miranda, 2011; Sherkow et al., 2009; Ribeiro, 2011). As avós participantes percebem as relações intrafamiliares positivamente, porém nas entrevistas realizadas nas casas das respectivas famílias foi possível observar situações de solidão, intolerância e falta de paciência das gerações mais novas em relação às senhoras, o que também foi apontado na fala de suas filhas.

Mães e filhas/filho sustentam relatos de ambivalência, vínculos ora muito amorosos a ponto de se tornarem tóxicos (com algumas situações de intensa dependência entre mãe e filha), ora marcados por sentimentos de ódio e repulsa (Ribeiro, 2011). As famílias Assis e Azevedo, que já vem lidando há mais tempo com o diagnóstico de AN de Isabel e Mabel, respectivamente, já parecem lidar melhor com tal ambivalência, abrindo um espaço maior para conversar sobre sentimentos e angústias despertados pela AN. Isso ocorre especialmente com a família Assis, já que a família Azevedo vem passando por períodos de muitas mudanças com o casamento de Mabel, mostrando-se muito sensível a essa experiência. As famílias Monteiro e Fontana ainda parecem “ensaiar” os primeiros passos, procurando culpados e tentando encontrar maneiras próprias de lidar com o sofrimento psíquico familiar, denunciado no corpo esquelético das jovens Caroline e Vivian. A família Sampaio, que tem um

histórico de psicopatologias na família, parece ter também mais dificuldade, pois apesar de Catarina ter diagnóstico de AN há algum tempo, só agora recebe um tratamento especializado, que também engloba a família.

O terceiro organizador inconsciente proposto por Eiguer (1985), a interfantasmática, diz respeito ao encontro dos fantasmas individuais de cada membro do grupo familiar. Ali, onde as trajetórias existenciais se entrecruzam, se produz o encontro das histórias pessoais. Nas famílias estudadas, determinada história surge no relato de uma participante, mas não de uma outra oriunda da mesma família, havendo um desencontro de tais narrativas. Atribuem-se diferentes significados para as mesmas experiências. Dona Elizabeth (Monteiro) não menciona os episódios de abuso de álcool de seu marido, mas sua filha Maria relembra-os sofredamente como um acontecimento que permeou toda sua infância e adolescência. Catarina (Sampaio) revela o relacionamento extraconjugal de sua mãe (Amparo) com o ex-marido, que não é mencionado por ela. Ainda na mesma família, Amparo conta que seus pais não dormiram juntos por alguns anos, enquanto dona Noêmia não relata tal experiência em sua entrevista. No mesmo sentido, Júlia Miranda relata que seus pais se separaram, porém dona Leonora não relata essa experiência em nossa entrevista.

Para Wagner e Falcke (2004), os segredos surgem quando há um acontecimento não aceito pelo grupo familiar, modificando a relação entre os membros e o estilo de comunicação da família. É possível perceber que afloram os segredos familiares não conversados, mas claramente circulantes entre os membros da família. O principal segredo da família Assis parece ser a anorexia de Isabel. Dona Auxiliadora é deixada de fora da situação, mantendo-se sua ignorância em relação ao que acontece com a neta, o que é agravado por sua condição de deficiente visual, que a impede de constatar a magreza da neta.

Na família Azevedo, os segredos parecem estar sempre relacionados ao corpo, especialmente à gravidez e amamentação dos filhos. Não há um diálogo franco relacionado ao desejo de ter filhos (logo, de colocar em questão o relacionamento sexual). O “não-desejo” parece ser marcante. É uma família em que os membros relatam manterem pouco contato afetivo, com relacionamentos frios, sem expressão de emoções ou até mesmo de experiências sensoriais, que envolvam o toque e o calor humano. Não se abraça nem se beija um membro da família. O corpo é a barreira intransponível, um corpo não simbolizado, que se transforma em tabu.

Nas famílias Monteiro e Sampaio os segredos têm lugar no interior dos relacionamentos amorosos. Os sentimentos despertados pelas situações de relacionamentos extraconjugais e abandonos recorrentes não podem ser mencionados ou discutidos

abertamente. Tudo deve ser mantido “às escondidas”. Assim, as vivências e os conteúdos emocionais não podem ser articulados em palavras. Finge-se que nada acontece, deixando em suspenso os sentimentos de angústia não atrelados a representações verbais. Predomina o recalçamento ou a denegação dos afetos, não havendo lugar à representação em palavras. Para manter esses mecanismos de defesa atuantes, é preciso investir no não-saber e no não-se-deve-saber, preservando um cortejo de não-ditos e de nada-deve-ser-dito, assim como ocorre na família Assis em relação ao TA. Esse silenciamento vai se refletir na queixa muda da anoréxica. É um grito inaudível, um apelo silencioso esculpido no corpo emagrecido, que está prestes a desabar sob o insustentável peso do ser. O corpo, esse campo minado, se torna realidade liquefeita. Conforme as palavras de uma das mães: *sinto que ela está vazando pelos meus dedos*.

Ainda assim, a AN, na família Assis, atua também (paradoxalmente ao que foi mencionado) como um elo de aproximação entre os membros da família nuclear de Rita. Isabel refere que todos ficaram mais unidos após o período do diagnóstico, relatando que, atualmente, conseguem conversar sobre sentimentos e situações perturbadores. É nesse contexto de maior abertura que Rita (mãe) passa a se perceber como autoritária, e então se permite em alguns momentos “baixar a guarda” com os filhos, mas sem deixar de cuidar do bem-estar deles. Na família Azevedo, o TA torna-se um “pretexto” para a relação de superenvolvimento mãe-filha. Alba sente que Mabel não consegue gerir a própria vida, então vasculha (literalmente) suas gavetas à procura de evidências materiais do que realmente estaria acontecendo com a filha. Na família Sampaio, Amparo (mãe) evidencia a distância que mantém em relação à própria filha, Catarina. A AN aproximou seus universos, até então distantes, possibilitando a abertura para novos diálogos que podem tornar mais suportável a convivência no mesmo lar.

É no âmbito das trocas familiares que se promove a separação e individuação dos filhos. É graças à interdição edípica interposta no relacionamento entre pais e filhos que a família prepara o indivíduo para investir em outros vínculos (Lisboa & Feres-Carneiro, 2005; Eiger, 1985), o que abre a possibilidade de instaurar as relações exogâmicas, que podem trazer elementos novos e, com essa bagagem diversificada, enriquecimento para a cultura familiar. Nas gerações das famílias investigadas (de avós e mães), observamos as mães rígidas no desempenho da função materna e os pais ausentes ou fragilizados no desenvolvimento de seu papel. Em outras palavras, são pais que não conseguem se apropriar de sua função e exercer a contento seu papel junto à família (de pai, de marido), o que não favorece uma elaboração apropriada da situação edípica por parte dos filhos (participantes). Não havendo

investimento parental nos filhos, eles não sentem segurança para aventurar-se em novas situações, fechando-se para novas relações, enclausurando-se em seu mundo interno e tornando seus corpos impermeáveis. O que já é conhecido, embora insatisfatório, torna-se único reduto passível de segurança: o corpo infantilizado, os pais cuidadores da infância, o aconchego do lar. Sentindo-se inábeis e incompetentes para solucionar os impasses e responderem aos desafios do crescimento, eles buscam conforto naquilo que é estritamente conhecido e familiar. A dinâmica familiar empobrecida é herdada da geração anterior e o TA surge como denúncia do que não pôde ser elaborado, como se ficasse insistentemente pairando no ar a pergunta: “por que repetir a cena novamente, se repetir não propicia oportunidade de mudança?”.

Caroline, Isabel, Vivian e Júlio relatam que mantêm poucos relacionamentos fora do círculo familiar. Compartilham com a pesquisadora histórias de relacionamentos fugazes e mantidos à distância, ou então de turmas de amigos “emprestados”. Mabel e Catarina conseguem investir em outros vínculos (relacionamentos amorosos), porém sempre com indícios de extrema dificuldade para não se deixarem “fundir” ao outro. Não têm suas próprias companhias fora do círculo familiar, que poderiam ajudá-las a se arriscarem em novas buscas. Desse modo, a vida fica empobrecida e esvaziada, impedida de retomar o movimento dinâmico rumo à diferenciação e individuação.

Para Eiguer (1985), a adolescência – período em que emergem os sintomas de TA – exige que o jovem elabore lutos pela perda de seu corpo infantil, pela quebra na percepção idealizada dos pais e pela perda de alguns recursos fantasmáticos infantis, como o brincar. Os fatores desencadeadores de sintomas de TA no ciclo de vida familiar mais frequentes: mudanças de escola, falecimento de pessoa da família, mudanças em relacionamentos, mudanças em casa ou no trabalho, doença/hospitalização, e abuso sexual, considerando que a família é um núcleo já instável e frágil em seus vínculos, destituído da capacidade de elaborar situações traumáticas (Berge et al., 2011; Eisler, 1995; Ma, 2005). Assim, os pais também são confrontados com emoções desconhecidas e incitados a se reorganizarem em seus papéis e funções, havendo possibilidade de elaboração e de interrupção das repetições geracionais.

O sintoma pode funcionar como disparador para que a família possa buscar auxílio e reorganizar sua dinâmica funcional (Eiguer, 1985; Oliveira & Hutz, 2008; Soifer, 1980). Desse modo, pode ter a função de denunciar a fragilidade do núcleo, a qual alcança gerações. Se esse sintoma encontra a escuta qualificada de um psicoterapeuta, pode proporcionar o desenvolvimento de uma nova história, ao invés da repetição que perpetua o padrão relacional insatisfatório.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados coligidos e analisados, é possível afirmar que, nos casos investigados, há indícios de que as vinculações familiares distorcidas são transmitidas como heranças transgeracionais, guardando relações com o desenvolvimento de padrões de vinculação familiar distorcidos, que é uma das características que a literatura aponta, consistentemente, como presente no contexto ambiental da jovem com AN.

Em relação ao primeiro objetivo específico, analisar as relações que permeiam as díades mãe-filho e identificar elementos problemáticos que permeiam as relações familiares, pode-se dizer que foi possível identificar que conteúdos psíquicos de alta voltagem emocional, vivenciados em períodos sensíveis ou turbulentos do ciclo vital familiar, não puderam ser elaborados e, posteriormente, se converteram em legados que foram transmitidos, sem transformação, para as gerações seguintes.

De acordo com Giddens (2003), a família é a todo tempo reinventada no processo de transmissão psíquica, que é intensamente dinâmico. Constroem-se e desconstroem-se fantasias ao longo do tempo. No presente estudo, foi possível observar alguns pontos e conteúdos transmitidos, considerando a história de vida apresentada pelas pacientes. O presente estudo corroborou alguns dos achados da literatura da área, que descreve esses núcleos familiares como altamente disfuncionais, o que seria um dos fatores disparadores – e, posteriormente, mantenedores – da AN.

O vínculo mãe-filha(o) mostrou-se ambivalente, permeado por sensações de invasão e intrusão emocional, mas também por sensações de abandono e desamparo. Os relatos apontam vivências de pouco cuidado afetivo entre mães e filhos.

Nesse sentido, sobre segundo objetivo específico, identificar e compreender a percepção e transmissão dos cuidados maternos, foi possível observar que os cuidados maternos estavam associados aos afazeres domésticos e cuidados concretos com o lar, em detrimento do cuidado emocional. Sentimentos de culpabilidade permeiam os relatos de mães e avós, enquanto seus filhos sugerem a fragilidade desses vínculos.

O terceiro objetivo específico, compreender os significados atribuídos à alimentação e ao corpo, indica que há insatisfação com a imagem corporal em todas as gerações aqui analisadas. Quase todas as participantes falaram de desagrado com relação ao próprio corpo. As avós queixam-se da magreza, que era associada, na época de juventude, à desnutrição. As mães também se queixam do corpo magro que tiveram na juventude. Apenas em uma família

foram manifestadas queixas explícitas sobre gordura corporal. A insatisfação aparece marcante em todas as gerações.

A alimentação ocupa um espaço central em todas as famílias analisadas. As avós relatam que desde muito jovens eram responsáveis pelo preparo de refeições familiares, além de outras tarefas cotidianas. A próxima geração, das mães, se apropria desse lugar, e também aprende, ainda na fase da adolescência, a gerir um lar. Assim, quatro das mães entrevistadas centraram suas atividades laborais em torno da alimentação. Não há relatos da alimentação enquanto fonte de prazer, ou então poucos relatos sobre momentos de alegria em refeições compartilhadas com o grupo familiar. Na geração dos filhos, os problemas em relação ao alimento e ao corpo são denunciados pelo sintoma alimentar.

Sobre o quarto objetivo específico, investigar possíveis relações entre fenômenos transgeracionais e o desenvolvimento da AN, pode-se dizer que, embora não se possam estabelecer generalizações com base nos achados obtidos, é possível fazer alguns apontamentos sobre o papel dessas heranças psíquicas não transformadas na constituição de um caldo de cultura familiar que favoreceu a emergência do grave transtorno do comportamento alimentar nos jovens, neste estudo chamados de filhos.

Algumas características de personalidade parecem transmitidas entre as gerações, tais como o humor instável, a insatisfação crônica e generalizada, e a dificuldade no estabelecimento de vínculos. Todas são peculiares de quadros de pessoas com TA e muito significativas no início e manutenção dos sintomas. Assim, é possível observar que alguns aspectos constitutivos da AN estão presentes e perpetuados nas famílias há tempos, mas vagam incólumes e despercebidos, sendo realmente observados e cuidados quando há o estabelecimento de um diagnóstico e a possibilidade de um olhar adequado a tais aspectos emocionais.

A AN parece ter sido a solução encontrada para fazer frente ao mundo interno esvaziado de objetos bons e reconfortantes, já que esses adolescentes e jovens adultas não puderam ser investidas emocionalmente pelos pais. Ao manter rígido controle sobre os impulsos mais básicos – sexualidade, fome – as jovens participantes sentem que, pelo menos nesse plano, conseguem manter controle em sua vida psíquica caótica e desertificada. A distorção da personalidade parece ter se dado como reação a um ambiente percebido como intrusivo, inconstante e pobre em termos de provimento de necessidades afetivo-emocionais.

Não se pode dizer que as heranças transgeracionais “causam” diretamente os sintomas de TA, já que suas causas são múltiplas. É no elo entre o que foi transmitido de gerações anteriores e as vivências atuais da família que é possível emergir o sintoma (sofrimento

mental), relacionado com as ressonâncias entre passado e presente (Onnis et al., 2007). A partir das evidências obtidas, pode-se postular que as relações familiares disfuncionais nessas famílias são coloridas por conteúdos psíquicos que são repassados entre as gerações sem sofrerem as transformações necessárias para sua elaboração apropriada, encontrando no sintoma anoréxico uma forma radicalizada de expressão do desconforto psíquico resultante.

A conscientização dos processos de transmissão permite que o indivíduo possa construir uma realidade diferente, ao invés de repeti-la como as gerações anteriores. Assim, o tratamento que engloba a família tem a função, também, de desvelar o segredo, para que todos se sensibilizem e fiquem conscientes da situação (Wagner & Falcke, 2004).

Esse conhecimento dos psicodinamismos familiares que atravessam a vida de relações da paciente com AN precisa ser disseminado entre os membros da equipe multidisciplinar de saúde. As propostas de programas de intervenção necessitam prover atenção integral às famílias, incorporando-as no plano terapêutico de forma sistemática e contínua. Programas de psicoterapia de apoio ou psicoterapia familiar podem ser bastante úteis nesse contexto, bem como grupos multifamiliares. Assim, pais, irmãos, cônjuges e outros membros da família deixariam de ser vistos apenas como coadjuvantes no tratamento do transtorno alimentar para ganharem o status de protagonistas.

Quando compreendemos a complexidade de uma determinada situação, podemos contribuir para o desenvolvimento da prática profissional (Stake, 2000; 2011). Assim, com base nessas considerações, espera-se que este estudo contribua para o planejamento de intervenções e programas de assistência multidisciplinar na área dos TA, que convidem a família para participar de modo ativo no tratamento e na compreensão dessas psicopatologias. Uma proposta inovadora decorrente deste estudo é postular que o profissional de saúde mental, ao programar estratégias de atendimento multidisciplinar, deve organizar espaços de fala e escuta, nos quais a família e o paciente possam ser vistos e escutados conjuntamente. Nesses espaços terapêuticos, eles podem elaborar suas experiências de convívio com os sintomas do membro acometido, trocar conhecimentos, compartilhar suas aflições, fortalecer defesas psíquicas promotoras de integração e intercambiar recursos de enfrentamento.

A proposta é trazer a família não apenas para o tratamento, mas convidá-la para ocupar um lugar importante no processo de desenvolvimento das pessoas acometidas pela AN, criando oportunidades para a produção de remanejamentos e reelaborações de vivências arcaicas, segredos e mitos familiares. Paralelamente, seria possível produzir compreensões menos estereotipadas acerca do sintoma alimentar, abrindo possibilidades de leitura para além do visível, do audível e do já-dito, em busca do não-dito, de segredos que se inscrevem como

interditos na cadeia de transmissão do legado transgeracional. Os processos de transmissão psíquica podem ser aliados no sentido de que, além de oferecer uma base explicativa, favoreçam a remalhagem dos laços, como discutido por Benghozi (2010), em uma perspectiva clínica que abarca a possibilidade de transformação e ressignificação das experiências familiares atualizadas pelo encontro inusitado com o sintoma.

7 REFERÊNCIAS

- Adami-Lauand, C. & Ribeiro, R. P. P. (2011). A herança transgeracional nos transtornos alimentares. *Psicologia USP, São Paulo*, 22(4), 927-942.
- Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klitenberg, B. af, & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females. *American Journal of Epidemiology*, 170(5), 566-575.
- Almeida, M. E. S. (2010). Uma proposta sobre a transgeracionalidade: O absoluto. *Ágora*, 13(1), 93-108.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2010). *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3th ed. Washington, DC: Autor. Disponível em: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx
- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468.
- Anschutz, D. J., Kanters, L. J. A., Strien, T. V., Vermulst, A. A., & Engels R. C. M. E. (2009). Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 54-61.
- Appolinário J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 28-31.
- Assumpção, C. L., & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 29-33.
- Bachar, E., Kanyas, K., Canetti, L., Bonne, O., & Lerer, B. (2008) Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *European Eating Disorders Review*. 16(3), 184-190.

- Barnett, S. Buckroyd, J. & Windle, K (2005). Eating disorders from parent to child: mother's perceptions of transgenerational effect. *Counseling and Psychotherapy Research*, 5(3), 203-211.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantscheck, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 118-123.
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social*. (E. D. Galery, Trad.). São Paulo: Vetor.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J. & Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363.
- Bertin, I. P., & Passos, M. C. (2003). A transmissão psíquica em debate: breve roteiro das concepções psicanalítica e sistêmica. *Interações*, 8(15), 65-79.
- Bighetti, F., Santos, M. A., Ribeiro, R. P. P., Oliveira, E. A., Unamuno, M. R. L., & Dos Santos, J. E. (2007). Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: C. E. Kalinowski (Org.), *PROENF, Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto. Ciclo 2, Módulo 2*. Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana, 9-44.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevista e grupos*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 368-371.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 340-348.
- Borges, C. C. & Magalhães, A. S. (2011). Laços intergeracionais no contexto contemporâneo. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 171-177.
- Bowen, M. (1998). *La terapia familiar em la práctica clínica*. Bilbao: Desclee de Bouver.

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS, 1996.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.
- Carvalho, F. C. G. & Paiva, M. L. S. C. (2010). O olhar de três gerações sobre o casamento. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 223-235.
- Chan, Z. C. Y. & Ma, J. L. C. (2004). Aetiology of anorexia nervosa in Hong Kong: a social work qualitative inquiry. *Child and Family Social Work*, 9, 177-186.
- Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 07-12.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004) A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.
- Compernelle, T. J. L. Moreno: an unrecognized pioneer of family therapy. *Family Process*, 20(3), 331-338.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2007). Maternal effects on daughter's eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52-61.
- Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- De Felice, E. M. (2006). *Vivências da maternidade e suas consequências para o desenvolvimento psicológico do filho*. São Paulo: Vetor.
- Dos Santos, J. E. (2006). GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 323-326.

- Doyle, J. & Bryant-Waugh, R. (2000). Epidemiology. In: Lask, B.; Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd ed. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Dunker, K. L., & Phillippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60.
- Eiguer, A. (1998). *A transmissão do psiquismo entre gerações* (L. H. S. Barbosa, Trad.). São Paulo: Unimarco.
- Eiguer, A. (1995). *O parentesco fantasmático: Transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica* (M. A. Chiarella, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família* (L. M. V. Fisher, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., & Newmark-Sztainer, D. (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disorder eating behaviors in young adults. *Journal of Behavior Medicine*, 35(5), 500-508.
- Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Orgs.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. England: John Wiley & Sons.
- Enten, R. S. & Golan, M. (2009). Parenting Styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública* 43(4), 707-716.
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramón, J. M., Badía, A., Giménez, L., Solnao, R., Collier, D., Karwautz, A., & Treasure, J. (2006). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49(2), 476-485.

- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, B., & Laird, N. M. (2008). Family, peer and media predictors of becoming eating desordered. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579.
- Figueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S., & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 551-560.
- Fleck, A. C., Falcke, D., & Hackner, I. T. (2004). Crescendo menino ou menina: a transmissão dos papéis de gênero na família. In: Wagner, A. (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 645-672). London: Sage.
- Fortes, I. (2011). Anorexia: o traço da obstinação na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 83-95.
- Fraga, L. B., & Santos, M. A. (2005). A mortificação do corpo na anorexia nervosa: considerações sobre a função de holding na psicoterapia. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Eds.), *Formação em psicologia: processos clínicos* (pp.163-184). São Paulo: Vetor.
- Francis, L. A. & Birch L. L. (2005). Maternal influences on daughter's restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B. A., Affenito, S. G. & Striegel-Moore, R. H. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, 27(2), 109-117.
- Fuks, B. B. & Pollo, V. (2010). Estudos psicanalíticos sobre anorexia: quando se come "nada". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 412-424.
- Gaspar, F. L. (2005). A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 629-643.
- Gazignato, E. C. S., Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., Kazan, A. L., & Santos, M. A. (2008). Beleza põe mesa? Transtornos alimentares e grupo. *Revista da Spagesp*, 9(1), 24-32.

- Giddens, A. (2003). *Mundo em descontrolo: O que a globalização está fazendo de nós* (M. L. X. A. Borges, Trad.) (3. ed.) Rio de Janeiro: Record.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Herrmann, F. (2001). Psicanálise e universidade: integração. *Psicologia USP (São Paulo)*, 12(2), 161-170.
- Hoek, H. W., & Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C, Kohn, M & Madden, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa of adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14, 315-322.
- Hoogland, R. (2002). Fact and fantasy: the body of desire in the age of posthumanism. *Journal of Gender Studies*, 11(3), 213-231.
- Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W. S. (2008). Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers. *Journal of Developmental & Behavior Pediatrics*, 29(5), 360-366.
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: Eiguer, A. (org). *A transmissão do psiquismo entre gerações*. São Paulo: Unimarco.
- Kaës, R. (2001). *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaplan, L. J. (1992). *Adolescence: el adios a la infância*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, M. J. (2002). Approaching sexual issues in primary care. *Women's Mental Health*, 29(1), 113-124.
- Karwautz, A., Nobis, G., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. & Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.

- Keery, H., Boutelle, K., Berg, P., van den, & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health, 37*, 120-127.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review, 89*(1), 101-123.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues, 30*(9), 1201-1220.
- Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal of Psychoanalysis, 83*(4), 837-850.
- Leonidas, C. (2007). *Imagem corporal e atitudes alimentares de pacientes com anorexia nervosa*. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) do Curso de Psicologia da Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Ribeirão Preto.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(3), 550-558.
- Lisboa, A. V. & Féres-Carneiro, T. (2005). *Quando o adoecimento assombra o grupo familiar. Pulsional: Revista de Psicanálise, 18*(184), 40-48.
- Lisboa, A. V. (2006). *Família e adoecimento do corpo: Um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, Rio de Janeiro.
- Ma, J. L. C. (2005). The diagnostic and therapeutic use of family conflicts in a Chinese context: the case of anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy, 27*(1), 24-42.
- Ma, J. L. C. (2008). Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy un Shenzhen, China. *Qualitative Health Research, 18*(6), 803-810.
- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2004). Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade. *Psicologia em Revista, 10*(16), 243-255.
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Kemler, G., & Biebl, W. (2007) Menarche, Puberty, and First Sexual Activities in Eating-Disordered Patients as Compared with a Psychiatric and a Nonpsychiatric Control Group. *International Journal of Eating Disorders, 40*(8), 705-710.

- Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226-235.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 800-807.
- Miermont, J. (1994). *Dicionário de terapias familiares: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miguel Neto, J., Marini, S. H. V. L., Faria, A. P. M., Guerra Júnior, G., & Guerra, A. T. M. (2011). Fatores associados a atraso no diagnóstico da síndrome de Turner. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(1), 67-72.
- Minayo, M.C.S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Miranda, R. M. (2007). Em busca das palavras perdidas: o corpo, carcereiro da mente, nos distúrbios alimentares. *Ide*, 30(45), 28-34.
- Miranda, M. R. (2010). A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial.
- Miranda, M. R. (2011). A complexidade da relação mãe-filha nas patologias dos contrários. In: C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002) Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23.
- Morgan, C. M., & Claudino, A. M. (2005). Epidemiologia e etiologia. In: A. M. Claudino, & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar / UNIFESP-EPM: Transtornos alimentares e obesidade*. São Paulo: Manole.
- Natenshon, A. H. (2001). Empowering parentes through their child's eating disorder recovery. *Eating Disorders*, 9, 75-80.

- Nilsson, K. Abrahamsson, K. Torbjörnsson, A., & Hägglöf, B. (2009). Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. *Eating Disorders*, 15, 125-133.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Oliveira, L. L. & Hutz, C. S. (2008). Padrões de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa restritiva e bulímica: semelhanças e diferenças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 712-743.
- Onnis, L., Giannuzzi, M., & Romano, C. (2007). Un vide à combler: anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(38), 135-157.
- Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004) Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 676-682.
- Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Puget, J. (2000). Disso não se fala... Transmissão e memória. In: O. B. R. Correa (Org.), *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta.
- Queiroz, I. P. (1987). Relatos orais: Do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*, 39(3), 272-286.
- Ribeiro, M. F. R. (2011). *De mãe em filha: a transmissão da feminilidade*. São Paulo: Escuta.
- Rosa, B. P. & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade *borderline*: Implicações para o tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Rosa, M. D. (2001). O não dito familiar e a transmissão da história. *Psychê: Revista de Psicanálise*, 5(8), 123-137.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem* (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rowa, K., Kerig, P. K., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*. 9(2), 97-114.
- Ruffiot, A. (1981). *La Thérapie Familiale Psychanalytique*. Paris: Dunod.

- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordas, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Scantamburlo, N. P., Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O processo de transmissão intergeracional e violência no casal. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 12(44), 35-48.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londres: Chaucer.
- Sherkow, S. P., Kamens, S. R., Megyes, M., & Loewenthal, L. (2009). A clinical study of the intergenerational transmission of eating disorders from mothers to daughters. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 64, 153-189.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, An. N., VandeVoort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.
- Soifer, R. (1980). *Psicodinamismos de la familia con niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- Souza, L. V. (2006). *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Souza L. V. & Santos. M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor Editora.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*. 1(6), 26-38.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2012) Familiares de Pessoas Diagnosticadas com Transtornos Alimentares: Participação em Atendimento Grupal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 1-10.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.

- Tomiyama, A. J., & Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: when family culture clashes with individual culture. *Journal of American College Health*, 57(3), 309-313.
- Trinca, W. (2002). Considerações sobre um modelo de pesquisa em Psicanálise. *Psychê*, 6(10), 195-204.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- Turato, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vasconcelos, M. J. E. (2007). Panorama das abordagens transgeracionais em terapia familiar. In: J. G. Aun et al. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: o processo de atendimento sistêmico*. Belo Horizonte: Ophicina de artes & prosa.
- Vianna, H. (2003). Introdução. In H. Vianna (Org.), *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais*. Rio de Janeiro: EDUFRJ.
- Wagner, A. & Falcke, D. (2004). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A. (Org.) *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Wagner, A. (2004). Introdução. In: Wagner, A. (Org.), *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ward, A., Rosalind, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*. 74(4), 497-505.
- Weinberg, C., Cordás, T., & Munoz, P. A (2005). Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria Clínica do Rio Grande do Sul*, 27(1), 51-56.
- Wolf, N. (1992) *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres* (W. Barcellos, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco.

APÊNDICES

APÊNDICE A – REVISÃO DA LITERATURA

Uma revisão integrativa da literatura foi sistematizada com o propósito de alcançar um maior aprofundamento acerca dos temas de interesse deste estudo. Optou-se por esse tipo de revisão porque permite delimitar o estado da arte da temática, segundo as publicações investigadas.

O objetivo foi analisar as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional, referentes às relações familiares entre gerações, estabelecidas no contexto dos TA, com ênfase nas relações mãe-filho. Buscou-se evidenciar o número de investigações publicadas na área e o perfil dos estudos investigados, bem como avaliar suas características metodológicas, classificando-os de acordo com os níveis de evidência (Galvão, Sawada & Mendes, 2003).

Desse modo, almeja-se identificar as tendências apontadas pelas publicações nos últimos anos, sinalizar lacunas do conhecimento e vislumbrar a necessidade de estudos futuros. Acredita-se que esses achados podem auxiliar no desenvolvimento do estudo empírico proposto neste estudo.

Trajetória metodológica

A revisão integrativa foi eleita como método de pesquisa porque permite sumarizar estudos já finalizados acerca da temática abordada. Segundo Fernandes (2000), a revisão integrativa possibilita, ainda, a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para estimular discussões sobre métodos e resultados consolidados de pesquisa, assim como fomentar reflexões que tragam subsídios para a realização de futuras pesquisas. Quando realizada de forma crítica, a revisão integrativa mantém os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação das pesquisas primárias (Ganong, 1987).

Ao considerar os procedimentos preconizados por Ganong (1987), como o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos publicados e análise dos seus resultados, existem padrões a serem seguidos, embora os métodos para o desenvolvimento de revisões integrativas variem. A partir dos procedimentos destacados pela referida autora, na realização desta revisão foram cumpridas as seguintes etapas: seleção da questão temática, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, análise e interpretação dos resultados, e apresentação da revisão.

Procedimento

A questão de investigação que norteou a pesquisa bibliográfica foi: “quais são as evidências científicas disponíveis acerca das relações familiares, na perspectiva do relacionamento entre gerações, no contexto de vida de pessoas diagnosticadas com TA, em especial anorexia nervosa”?

Para sistematizar a busca bibliográfica, visando a assegurar a abrangência nacional e internacional das fontes utilizadas para esta revisão, foram consultadas as seguintes bases indexadoras: PubMed, CINAHL, PsycINFO e LILACS.

PubMed é uma base de dados internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (*National Library of Medicine*). Contém referências de artigos que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A CINAHL é uma base indexadora internacional da área de Enfermagem. PsycINFO é uma base de dados internacional que abrange artigos com temas relacionados à psicologia, educação, psiquiatria e ciências sociais. Por fim, LILACS é uma base de dados que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, desde 1982.

Desse modo, selecionou-se para o presente estudo uma base de dados que inclui os estudos publicados na América Latina e do Caribe (LILACS), uma base internacional, que é considerada referência na literatura em saúde (PubMed), uma base, também internacional, que engloba estudos específicos da área da Psicologia (PsycINFO) e uma internacional também da área da Enfermagem (CINAHL).

As bases de dados LILACS fornece os mesmos resultados para a busca de descritores em português ou inglês, ou seja, a combinação “transtornos da alimentação *and* relações mãe-filho” tem a mesma resposta que a combinação “*eating disorders and mother-child-relations*”. As bases de dados CINAHL, PubMed e PsycINFO retornaram apenas resultados para os descritores em inglês. Por essa razão, optou-se por inserir na presente revisão os descritores na língua inglesa, de modo a facilitar a leitura.

O período de abrangência da revisão compreendeu de janeiro de 2000 a dezembro de 2012. A última busca foi feita em fevereiro de 2013, em todas as bases citadas, para atualização dos dados. Para a operacionalização da revisão integrativa foram utilizados os seguintes descritores do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: anorexia nervosa, transtornos da alimentação (*eating disorders*), relações familiares (*family relations*), relação entre gerações (*intergenerational relations*) e relações mãe-filho (*mother-child relations*). Tendo em vista que um dos propósitos do levantamento bibliográfico era identificar artigos que apresentassem de forma isolada ou combinada os temas de interesse para o estudo, as buscas nas bases de dados foram realizadas utilizando-se os unitermos de maneira combinada.

Após o levantamento inicial das publicações indexadas nas bases selecionadas, os resumos foram lidos e analisados segundo os critérios de inclusão/exclusão descritos. Os estudos selecionados foram recuperados na íntegra e, posteriormente, lidos e analisados.

Para aprimorar a qualificação dos estudos da revisão, foram selecionados apenas artigos indexados. Foram excluídos outros tipos de documentos, como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, editoriais, cartas e outros afins, ou que não apresentassem resumo para prévia apreciação. Tais publicações nem sempre passaram por um rigoroso processo de avaliação, que ateste

a qualidade e relevância científica de seus conteúdos. Por essa razão, optou-se por excluir esses formatos. Também foram excluídos estudos com escopo distante da área da Psicologia.

Pesquisas relacionadas a populações específicas tais como: fumantes, diabéticos, grávidas, modelos; transtorno da alimentação associado a outro transtorno (por exemplo: transtorno obsessivo-compulsivo, depressão); estudos cuja temática principal estava distante das definidas como interesse para a presente revisão (por exemplo: investigação genética, efeito de substâncias); validação de testes e de outros instrumentos diagnósticos. Foram excluídos também estudos específicos da área médica ou de outras áreas do saber (por exemplo, com foco na intervenção do psiquiatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, entre outros), que não apresentavam relação direta com a Psicologia ou com o enfoque desta investigação.

Quanto aos idiomas, foram selecionados artigos publicados em português, inglês e espanhol. Em relação à data de publicação, foram recuperados apenas artigos publicados entre 2000 e 2012, a fim de apresentar uma revisão da produção científica bem atualizada. Os artigos repetidos, isto é, que apareceram mais de uma vez, em diferentes combinações de palavras-chave ou em diferentes bases de dados, foram computados uma única vez.

Resultados

A seguir, serão apresentados os resultados da revisão integrativa da literatura científica nacional e internacional acerca do tema. Esses resultados serão utilizados como fundamentação da presente investigação.

Levantamento bibliográfico

A busca na base PubMed retornou um total de 490 artigos para os agrupamentos de palavras-chave apresentados, sendo que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados, 20 foram selecionados e analisados na íntegra. Essa foi a base que mais forneceu publicações para a presente revisão. Na base CINAHL foram encontrados 67 artigos, dos quais 10 foram recuperados para análise. Na PsycINFO foram encontrados 194 artigos, sendo que quatro foram recuperados. Por último, a busca na LILACS resultou em um total de 21 artigos, a partir dos mesmos agrupamentos das palavras-chave, sendo que três foram recuperados pela pertinência em relação aos critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram selecionadas 37 publicações, analisadas na íntegra, que constituíram o *corpus* de análise que dá suporte à presente revisão. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1.*Distribuição dos artigos segundo as bases de dados bibliográficos selecionadas*

Base de dados	Total de artigos	%	Artigos selecionados	%
<i>PubMed</i>	490	63,47	20	54,05
<i>CINAHL</i>	67	8,67	10	27,02
<i>PsycINFO</i>	194	25,12	4	10,81
<i>LILACS</i>	21	2,72	3	8,10
Total	772	100	37	100

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes ao número de publicações encontradas e selecionadas em nas bases de dados pesquisadas, a partir das diversas combinações de descritores utilizadas.

Tabela 2.

Número de referências encontradas (E) e selecionadas (S) nas bases indexadoras, de acordo com a combinação de descritores

Descritores	PubMed		CINAHL		PsycINFO		LILACS	
	E	S	E	S	E	S	E	S
<i>anorexia nervosa and family relations</i>	91	6	12	5	45	1	11	2
<i>eating disorders and family relations</i>	305	10	23	2	84	2	9	1
<i>anorexia nervosa and intergenerational relations</i>	2	1	2	–	–	–	–	–
<i>eating disorders and intergenerational relations</i>	5	–	5	2	5	–	–	–
<i>Anorexia nervosa and mother-child relations</i>	18	1	6	–	24	–	–	–
<i>Eating disorders and mother-child relations</i>	69	2	19	1	36	1	1	–
Total	490	20	67	10	194	4	21	3

De acordo com a Tabela 3, o maior número de estudos publicados relacionados à temática da presente investigação concentrou-se nos anos 2008 e 2009. O problema investigado tem merecido atenção da comunidade científica, o que indica que é relevante e atual, porém não se observa regularidade no volume de publicações no contínuo temporal. Com base nesses dados, pode-se inferir que investigações nesse campo do conhecimento ainda se mostram necessárias para esclarecer as dimensões que compõem o fenômeno em pauta.

Tabela 3.

Distribuição dos artigos selecionados, segundo o ano de publicação

Ano de publicação	Artigos selecionados	
	N	%
2000	–	–
2001	1	2,70
2002	3	8,10
2003	1	2,70
2004	2	5,40
2005	3	8,10
2006	4	10,81
2007	2	5,40
2008	8	21,62
2009	9	24,32
2010	–	–
2011	3	8,10
2012	1	2,70
Total	37	100

Considerando a origem dos pesquisadores, foram selecionados dez artigos de autores dos Estados Unidos, seis do Reino Unido, quatro de Israel, três do Brasil, dois da Espanha, dois da Alemanha, dois da Suécia, dois da China, dois da Austrália, um da Itália, um do Canadá, um da Holanda e um da Áustria. A Tabela 4, que se encontra no Apêndice A, apresenta um panorama geral dos artigos, analisados individualmente em relação aos autores, país de origem, ano de publicação, objetivos, métodos e principais resultados.

No que diz respeito às fontes de publicação dos artigos, foram encontrados três estudos em: *Appetite* e em *European Eating Disorders Review*. Dois artigos foram encontrados em: *International Journal of Eating Disorders* e em *Health Psychology*. Foi localizada uma pesquisa em cada um dos seguintes periódicos científicos: *Revista de Psiquiatria Clínica*, *Vínculo*, *Interação em Psicologia*

(nacionais); *Comprehensive Psychiatry, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Eating Behaviors, Clinical Child Psychology and Psychiatry, Journal of Clinical Psychology, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, Journal of Family Issues, The Psychoanalytic Study of the Child, Contemporary Family Therapy, International Journal of Psychoanalysis, Psychosomatic Medicine, The Spanish Journal of Psychology, Journal of American College Health, Eating Disorders, Child and family social work, European Child & Adolescent Psychiatry, Health Care for Women International, Journal of Adolescent Health, American Journal of Epidemiology, Counselling and Psychotherapy Research, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Journal of Behavioral Medicine, Journal of Psychosomatic Research, Journal of Clinical Nursing.*

Em relação ao delineamento dos estudos e o nível de evidência científica correspondente dez estudos eram do tipo Quase-experimental (Nível de Evidência 3); 25 eram do tipo estudo Não-experimental (Nível de Evidência 4), sendo que desses 10 eram qualitativos); um era Teórico e outro, Relato de Experiência (Nível de Evidência 5). Segundo Galvão, Sawada & Mendes (2003), Nível de Evidência 3 corresponde a estudo individual com desenho quase-experimental; Nível de Evidência 4 diz respeito a estudo com desenho não-experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; Nível de Evidência 5 refere-se a estudo teórico, relatório de casos ou dado obtido de forma assistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas.

De um modo geral, as populações investigadas abrangem: mulheres com TA, principalmente AN (já que foi um descritor específico dessa revisão); adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens, que já apresentaram o quadro clínico, ou que se encontram em tratamento; mulheres com TA (grupo experimental) e sem TA (grupo controle); familiares de pacientes com TA; mães de crianças ou de jovens com TA; familiares de pessoas não diagnosticadas com TA (controle). Dois estudos selecionados não tinham participantes, por serem estudo teórico e relato de experiência.

No que diz respeito aos objetivos, os estudos recuperados focalizaram os seguintes temas: vínculos e conflitos familiares e suas influências no desenvolvimento e manutenção do TA (principalmente vínculo materno); padrões e comportamentos alimentares individuais, familiares e culturais; influência de comentários e mensagens negativas de mães e pais para suas filhas (e também entre irmãos) em sua insatisfação corporal; conteúdos transgeracionais em famílias com filhos com TA; relação entre (in)satisfação corporal (nos pais) e desenvolvimento de sintomas do TA nos filhos; compreender os significados atribuídos pelos pacientes e familiares à etiologia do TA.

Em relação aos instrumentos utilizados nas pesquisas abordadas, a maioria dos estudos utilizou instrumentos padronizados (questionários e escalas) para a coleta dos dados, apropriados para os objetivos de cada estudo. Em menor número encontrou-se utilização de entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados das pesquisas selecionadas indicaram, de forma geral, a influência que os relacionamentos interpessoais, principalmente os familiares, podem exercer no desenvolvimento e manutenção dos sintomas, assim como a reorganização familiar após o recebimento do diagnóstico da psicopatologia. Quinze dos estudos avaliados sugerem explicitamente aumentar o foco na família nas

estratégias interventivas. Dois dos estudos apontam a importância de valorização das refeições em horários estruturados e em família, para que a criança perceba e internalize tal momento como positivo (Férrandez-Aranda et al., 2006; Franko, Thompson, Barton, Affenito & Striegel-Moore, 2008).

No que concerne ao relacionamento mãe-filhos, foram identificados estudos que avaliaram como o comportamento alimentar da mãe, e/ou suas convicções acerca do peso e padrões de beleza podem influenciar no surgimento de possíveis comportamentos associados a distúrbios na alimentação, assim como na gravidade dos sintomas do TA (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf, & Jantscheck, 2007; Cooley et al., 2007; Francis & Birch, 2005; Hanna & Bond, 2006; Jacobi, Schmitz & Agras, 2008; Keery, Boutelle, Berg & Thompson, 2006; Sopezki & Vaz, 2008; Souza, Santos & Scorsolini-Comin, 2009). Tais estudos mostraram-se inovadores, pois focaram não apenas as pacientes, mas também outros membros da família, valorizando o conhecimento de suas percepções, representações e comportamentos.

Também foram encontradas pesquisas que exploraram a dinâmica do casal parental, assim como a percepção que a filha com TA tem da relação conjugal, e o seu relacionamento com os pais (Latzer, Lavee & Gal, 2009; Dallos & Denford, 2008; Enten & Golan, 2009; Bachar et al., 2008; Karwautz, 2003). Tais relações mostraram-se permeadas por necessidade de controle e sentimentos de insegurança e desapontamento com o outro.

No que diz respeito à satisfação/insatisfação corporal, estudos comprovaram que a auto-imagem negativa da mãe pode influenciar no estabelecimento da auto-imagem da filha, também de maneira negativa (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf, & Jantscheck, 2007; Jacobi, Schmitz & Agras, 2008; Troisi et al., 2006). Tal situação pode favorecer comportamentos de restrição alimentar nas filhas, associadas a mensagens negativas que a mãe transmite sobre o corpo da filha.

Em relação aos conteúdos transmitidos entre as gerações, encontrou-se que insatisfações maternas, assim como sentimentos de vulnerabilidade, são transmitidos aos filhos, mesmo que de maneira silenciosa e imperceptível. As relações mostraram-se, a cada geração, marcadas por experiências emocionais negativas, expressão pobre de emoções e frieza afetiva (Sim et al., 2009; Souza, Santos & Scorsolini-Comin, 2009; Francis & Birch, 2005; Barnett, Buckroyd, & Windle, 2005; Chan & Ma, 2002).

Análise crítica dos estudos selecionados

A estratificação em níveis de evidências é um procedimento que orienta a elaboração dos graus de recomendações de condutas médicas e reflete o nível de certeza e clareza das publicações, bem como seu poder de modificar e orientar a tomada de decisão final. Em relação às recomendações, o grau de recomendação A está ligado ao NE 1 e sugere forte recomendação na escolha, ou seja, o NE é excelente, o que permite recomendar rotineiramente a conduta. Nesse caso, os benefícios tem peso maior do que o dano, havendo boas evidências para apoiar a recomendação (Phillips et al., 2001).

Como não foram encontrados estudos com NE 1 nesta revisão sistemática, e a maior parte dos artigos apresenta NE 4, o grau de recomendação é C. Isso significa que este estudo de revisão

encontrou mínimas evidências satisfatórias na análise dos desfechos e conclui que os benefícios e riscos não justificam a generalização da recomendação, uma vez que há evidências insuficientes, contra ou a favor. Por outro lado, há que se considerar que foram encontrados também alguns estudos com NE 3, que recomendam as ações que incluem a investigação da transmissão psíquica intergeracional, uma vez que essas pesquisas mostram evidências importantes no desfecho, sugerindo que os benefícios superam os riscos. Assim, há também evidências razoáveis para apoiar a recomendação dos estudos, de modo que o clínico possa incorporá-las à prática clínica. Tais resultados orientam o manejo clínico de outros pacientes em condições semelhantes.

Em relação ao conteúdo das pesquisas analisadas, encontrou-se que mulheres com AN percebem suas mães e pais como menos carinhosos, pouco afetuosos e empáticos, o que pode estar associado ao desenvolvimento do TA, de acordo com Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer e Bachar (2008). Este estudo buscou identificar os conteúdos percebidos entre os membros das famílias, apoiando-se na noção de transmissão intergeracional de estilos parentais. O mesmo estudo investigou o relacionamento de pais e avós de mulheres com AN, sugerindo que as características dos pais (casal) que estão associadas aos avós podem influenciar no desenvolvimento e manutenção do TA. Os avós paternos de meninas portadoras de AN são percebidos por elas como mais controladores, o que pode ter um efeito indireto nos comportamentos de controle típicos do transtorno, já que a figura paterna não é considerada tão controladora. Enquanto isso, a figura da mãe controladora mostrou-se associada à gravidade dos sintomas, ou seja, quanto maior o controle materno percebido, mais grave a sintomatologia da filha. O cuidado das avós (tanto maternas quanto paternas) segue a mesma associação em relação ao quadro de AN da neta, o que pode sugerir a transmissão de estilos parentais baseados em padrões de controle entre gerações.

Outro estudo abordou características dos avós e pais, porém associados a possível hospitalização de mulheres diagnosticadas com TA. Com uma amostra ampla, registrada em banco de dados multigeracional, encontrou-se que maior risco de hospitalização para mulheres com TA está associado com maior nível educacional de seus pais. Avós com maior nível educacional e pais com maior renda estão associados a maior risco de desenvolvimento de sintomas de TA. O estudo também aponta que avós maternas com maior nível educacional aumentam a probabilidade de TA na neta. Mulheres com maiores notas escolares estão mais propensas a desenvolverem TA, o que pode estar relacionado com características de personalidade, já que elas são consideradas perfeccionistas. Não há dados conclusivos estatisticamente sobre TA e ordem de nascimento entre irmãos. Os autores apontam algumas limitações do estudo: foram avaliados apenas casos de internação decorrente do TA, e não pacientes em tratamento ambulatorial, pela facilidade de monitoramento do registro dessas pacientes internadas. A amostra (que independe dos pesquisadores, que é ampla e registrada em diferentes órgãos) pode ter sido registrada erroneamente. Discute-se, ainda, que é possível que pais com maior nível educacional internem suas filhas precocemente por terem conhecimento mais acurado da sintomatologia (Ahrén-Moonga, Silverwood, Klitenberg, & Koupil, 2009).

Associadas aos laços parentais foram encontradas as seguintes características: ceticismo, enquanto tendência à autodisciplina, e autonegação e insegurança social, ou seja, a crença de que as relações sociais são intrinsecamente inseguras e desapontadoras. Tais características foram relacionadas ao cuidado e ao controle materno e paterno (Canetti et al., 2008). Os cuidados guardam relação com os estilos parentais, que são compreendidos como atividades complexas que incluem certos comportamentos que influenciam o desenvolvimento dos filhos. Esses estilos podem ser classificados em quatro categorias: negligente, autoritário, “autoritativo” e permissivo.

O estudo de Enten e Golan (2009) avaliou os estilos parentais na visão dos pais, de pacientes diagnosticados com TA e de seus irmãos, relacionando-os ao desenvolvimento do transtorno nos filhos. Participaram 53 famílias que tiveram um de seus membros diagnosticados com TA. Os participantes preencheram questionários sobre TA e The Parental Authority Questionnaire. Pais e mães se descreveram como autoritativos, isto é, carinhosos e com baixo nível de controle coercitivo, equilibrados entre suas expectativas em relação à criança e as necessidades da mesma. Já as filhas perceberam seus pais e mães como figuras autoritárias, o que foi associado a níveis de baixa autoestima e depressão. Quanto maior o escore para TA, mais elevada era a magnitude das características de estilo autoritário dos pais. Tal resultado pode estar associado à rigidez que as pacientes com TA expressam no contato com o outro, e também à rigidez de seus próprios pais. Em relação à percepção dos irmãos (sem diagnóstico de TA) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Enten & Golan, 2009).

Bachar et al. (2008) compararam os níveis de altruísmo (considerado nesse contexto como uma tendência a ignorar suas próprias necessidades, para poder auxiliar o outro) e ascetismo de pais e suas filhas diagnosticadas com AN e um grupo controle considerado saudável. Participaram deste estudo 28 filhas com AN, suas respectivas mães e 23 pais. No grupo controle havia 29 filhas, suas mães e 28 pais. Para a coleta de dados foram aplicados questionários, escalas e entrevista clínica estruturada. As mães das pacientes com AN apresentaram menores níveis de altruísmo que as mães do grupo controle. Também mostraram maiores níveis de depressão, o que está de acordo com a literatura da área. Em contrapartida, as filhas com AN mostraram maiores níveis de altruísmo, sugerindo que se sacrificam em prol do funcionamento familiar, o que é reconhecido pela literatura como característica de pacientes com TA (Bachar et al., 2008).

Souza, Santos e Scorsolini-Comin (2009) investigaram a percepção de familiares sobre o TA e a pessoa que recebe esse diagnóstico. O estudo foi conduzido com participantes de um grupo aberto, inserido no contexto de um serviço especializado para o tratamento de TA. Em relação à psicopatologia, os familiares a perceberam como intrínseca ao indivíduo, dominando suas ações e pensamentos. Eles tenderam a generalizar características pessoais dos pacientes, descrevendo-os como nervosas, perfeccionistas e isoladas. Foi possível perceber uma indiferenciação marcada, na medida em que percebiam que as pacientes são todas iguais.

Em relação às causas do TA, familiares cujas filhas tinham maior tempo de tratamento demonstraram uma compreensão mais abrangente dos fatores associados à psicopatologia, evocando tanto aspectos externos (mídia), como internos (personalidade, padrões vinculares). Muitos pais sentiam-se responsáveis, em algum nível, pelo desenvolvimento do TA. As mães relataram perceber que seus comentários em relação ao peso das filhas contribuíram com o aparecimento dos sintomas, e que o padrão de relação simbiótica poderia ter o mesmo efeito (Souza, Santos & Scorsolini-Comin, 2009).

Na percepção das pacientes diagnosticadas com TA, as principais causas da psicopatologia são aspectos de personalidade, seguidos da dinâmica familiar e, por último, meio sociocultural. Com relação ao primeiro aspecto, as pacientes apontaram que o perfeccionismo, a insatisfação plena e a baixa autoestima são as principais características associadas ao desenvolvimento do TA. A dinâmica familiar, percebida por elas como o segundo principal componente, é vivenciada como conflitante, com vínculos simbióticos frágeis e com graves problemas na comunicação entre os familiares. O meio sociocultural, também apontado como fator disparador e mantenedor do TA, está associado a pressões da mídia por um corpo magro e livre de gordura, e ao *bullying* (apelidos e brincadeiras pejorativas) exercido pelos pares (Chan & Ma, 2004; Nilsson, Abrahamsson, Torbiornsson, & Hägglöf, 2009).

Ainda em relação às possíveis causas do desenvolvimento de sintomas do comportamento alimentar, na percepção de pacientes em tratamento, encontrou-se que os principais eventos estressores associados ao início dos sintomas de TA (relacionados aos ciclos de vida familiar), foram: mudanças de escola, falecimento de pessoa da família, mudanças em relacionamentos, mudanças em casa ou no trabalho, doença/hospitalização, e abuso sexual. Todos os participantes ressaltaram que nesses períodos de crise sentiram que não tinham o apoio adequado da família. A maioria destacou que os sintomas iniciaram na saída de casa para estudar em outra cidade, ou seja, no início da vida adulta. Os autores sugerem o desenvolvimento de mais pesquisas, inclusive que visem a cuidar/preparar a família para esses momentos de crise, prevenindo o desenvolvimento de doenças como os TAs (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, 2011).

Assumindo como premissa a importância da inclusão da família no tratamento de pacientes com TA, Cobelo, Saikali e Schomer (2004) realizaram um estudo sobre a integração dos familiares em um serviço especializado. A estrutura familiar, a comunicação entre os membros, os legados transgeracionais e os padrões alimentares do grupo são temas abordados ao longo do tratamento.

Inseridas no contexto de tratamento dos TA desde a década de 1970, as famílias vêm ganhando espaço, visto que se reconhece sua influência tanto no desenvolvimento, como na manutenção do TA (Gazignato, Scorsolini-Comin, Souza, Kazan & Santos, 2008). Cobelo, Saikali e Schomer (2004) valorizam a conversação dentro das famílias, estimulando-as em situações de grupo, de maneira que a ter acesso a conteúdos velados pela rede familiar, que muitas vezes ficam camuflados pela preocupação com o TA, que se torna proeminente, constituindo a principal temática dos grupos de apoio voltados para os cuidadores.

São famílias que demonstram, de maneira geral, sentimentos de insegurança, dificuldade de auto-aceitação e poucos objetivos de vida. As diferenças individuais são pouco toleradas, o que cria dificuldades para as relações interpessoais. Na implementação da intervenção, é função do terapeuta familiar auxiliar na desconstrução de narrativas limitadoras e dos segredos familiares intergeracionais, que não permitem o desenvolvimento do grupo (Cobelo, Saikali, & Schomer, 2004).

Barnett et al. (2005) propõe um tratamento em grupo para mães diagnosticadas com TA, cujo objetivo é de auxiliá-las no cuidado com seus filhos, de maneira a prevenir um possível transmissão dos sintomas de TA. O grupo é apresentado brevemente, foram 19 sessões (com frequência semanal e duração de 90 minutos) semiestruturadas e seguia as estratégias de grupo das abordagens psicodinâmica e cognitiva. É também apresentado com mais detalhes o caso de uma participante, que além da participação no grupo também respondeu questionários e entrevistas. Os autores apontam a transmissão de comportamentos alimentares sintomatológicos na tríade avó materna/mãe/filha. A avó apresentava sintomas compulsivos e comparava peso e medidas com outras integrantes da família. A mãe é sentida pela participante como uma intrusa, uma invasora, ao mesmo tempo em que a filha demonstra ser muito dependente dela. A participante relata que na infância, ao pegar alimentos sem autorização, era chamada de “ladra”, internalizando mensagens negativas sobre a alimentação. Agora na vida adulta, ela não se sente capaz de cuidar da alimentação de seus próprios filhos. Em sua participação nos grupos, a participante pôde reavaliar, no contato com profissionais e outras mães diagnosticadas com TA, seu comportamento inconsciente e contraditório relacionado à alimentação, percebendo que ela transmitia aos filhos as mensagens negativas internalizadas.

As mães foram destacadas em alguns estudos como uma das principais fontes de suporte para as filhas com TA. Marcos e Cantero (2009) avaliaram a dimensão do apoio social percebido e recebido por 98 pacientes com TA do sexo feminino. Os resultados mostraram que tais mulheres contaram, em média, com cinco pessoas que lhe davam efetivo suporte social, sendo as mais mencionadas: mães, profissionais de saúde, parceiros e amigos. Conforme o esperado, a maioria das pacientes considerou a mãe como maior provedora de suporte. A mãe era quem as acompanhava, na maior parte do tempo, durante as consultas, exames e internações. Por outro lado, o relacionamento mãe-filha era muitas vezes conflituoso, conforme evidenciado em inúmeros estudos da área de TA. Secundariamente, o pai também foi considerado um provedor, juntamente com irmãos e irmãs. Por último foram mencionados com menor frequência: vizinhos, colegas de trabalho e de escola. As autoras justificaram os resultados encontrados argumentando que a alimentação é cuidada, tradicional e primariamente, pela mãe, que se envolve mais do que os outros possíveis provedores na situação de tratamento do TA (Marcos & Cantero, 2009).

A qualidade dos cuidados recebidos foi considerada positiva pela maioria das participantes, principalmente quando relacionada a seus parceiros ou mães, corroborando a hipótese de que são estes familiares que mais motivam as pacientes a suportarem as situações de crise, o que faz com que sejam percebidos por elas como bons cuidadores. Dentre os cuidados considerados mais significativos pelas

pacientes destacaram-se: sentir-se mais feliz em casa, sentir que será ajudada pelo cuidador em qualquer tipo de problema e sentir-se amada e não criticada (Marcos & Cantero, 2009).

Ainda sobre os cuidados familiares percebidos Karwautz et al. (2003) buscaram avaliar percepções subjetivas do ambiente familiar de adolescentes do sexo feminino diagnosticadas com anorexia nervosa e de suas irmãs. Os resultados apontam que não há diferenças na percepção do relacionamento conjugal de seus pais, quando comparados ao grupo controle. As pacientes sentem que são menos autônomas (em relação à dependência que tem dos pais) do que suas irmãs, o que pode contribuir para o relacionamento simbiótico, um dos fatores mantenedores da AN. Essas adolescentes também percebem maior coesão familiar do que suas irmãs saudáveis. Os pesquisadores apontam a pequena amostra como uma dificuldade do estudo (31 díades paciente-irmã).

Analisando as relações entre pacientes diagnosticadas com TA e seus irmãos (na percepção das pacientes e de seus pais), sugere-se que irmãos são percebidos como influência positiva e negativa em ambos os grupos (filhas e pais). Muitas vezes eles atuam como disparadores de conflitos relacionados à adolescente com AN, mas também atuam como mediadores dos problemas intrafamiliares. Os irmãos são vistos como exemplo a ser seguido pela irmã diagnosticada com AN, já que na presença deles elas passavam a perceber melhor a gravidade de seu quadro clínico. Os dois grupos perceberam que em algum momento os irmãos se afastavam da adolescente com AN, que se sentiam rejeitadas. Os participantes associam tal acontecimento a sentimentos de frustração, ressentimento e falta de entendimento da doença por parte dos irmãos. Em algumas famílias, há relatos de que a relação entre os irmãos não sofreu modificações, já que esses não se envolviam em instância alguma com a AN (não conversavam sobre a doença, nem questionavam). Os irmãos adultos auxiliam suas irmãs confrontando seus pensamentos irrealistas, expressando suas preocupações e opiniões e encorajando-as. Os pais se mostraram menos culpados ao perceberem que um de seus filhos era saudável (Honey, Clarke, Halse, Kohn, & Madden, 2006).

Estudo longitudinal realizado por Field et al. (2008) acompanhou por sete anos o desenvolvimento de 12534 adolescentes. Os resultados evidenciaram que 10% das meninas e 3% dos meninos iniciaram comportamentos compatíveis com o diagnóstico de TA. Histórico materno de TA atua como fator de risco para adolescentes do sexo feminino.

Comentários negativos ou implicâncias com o peso de adolescentes do sexo feminino, por parte de mães, pais ou pares do sexo feminino, não mostraram ter relação com o surgimento de comportamentos purgativos ou do comer excessivo. Porém, o mesmo tipo de comentário, da parte de meninos, foi associado a um fator de risco para o desenvolvimento de TA. Outro fator de risco para garotas é a exposição à mídia, associada à tentativa da adolescente de parecer-se com alguma figura com alta visibilidade nos meios de comunicação (Field et al., 2008).

Já no estudo de Keery et al. (2005), que tinha como objetivo avaliar a prevalência e os efeitos de provocações verbais de membros da família em aspectos de insatisfação corporal, distúrbios alimentares e no funcionamento psicológico em adolescentes do sexo feminino, foi encontrado que

provocações vindas de parentes do sexo masculino (pais e irmãos) tem mais efeitos negativos do que comentários vindo de parentes do sexo feminino. As garotas que tem irmãos mais velhos que lhes provocam, relataram maiores níveis de insatisfação corporal, comparação com pares, restrição alimentar, comportamentos bulímicos e depressão, bem como baixos níveis de autoestima em comparação com garotas que não tem irmãos ou não relataram provocações dos mesmos.

Nas famílias em que o pai é quem provoca a filha com comentários pejorativos, é muito mais provável que haja um irmão provocador, evidenciando um padrão de transmissão intergeracional do comportamento. O pai e o irmão mais velho, considerados modelos de interação “heterossocial”, trazem os principais resultados negativos para estas garotas que estão numa fase vulnerável de desenvolvimento (transição entre a infância e a adolescência). Os autores sugerem futuras pesquisas que busquem conhecer e compreender a natureza, fonte e contexto dos comentários; desenvolvimento de programas preventivos para as famílias, pois além dos efeitos negativos das provocações, os outros filhos ainda aprendem o comportamento (Keery et al. 2005).

Eisenberg, Berge, Fulkerson e Newmark-Sztainer (2012) realizaram um estudo com o objetivo de examinar a associação entre comentários pejorativos sobre o peso (praticados por familiar ou outra pessoa significativa) e sintomas no comportamento alimentar na juventude, num estudo longitudinal (10 anos), com amostra ampla. Os autores encontraram que os comentários pejorativos relacionados ao peso mostraram-se comuns na amostra. Jovens adultos (principalmente mulheres) que recebem com frequência comentários pejorativos sobre seu peso, de seus familiares ou outras pessoas importantes, têm maior probabilidade de desenvolverem sintomas de TA, quando comparados a pessoas que não sofrem esse tipo de ação. Os autores sugerem trabalhos preventivos com famílias de crianças e adolescentes, com o intuito de diminuir a frequência desses comportamentos e a possibilidade de desenvolvimento de sintomas.

Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf e Jantscheck (2007) encontraram que pacientes com BN mostram-se mais insatisfeitas com seus corpos do que pacientes com AN. As últimas também superestimaram suas medidas mais do que as pacientes com BN e revelaram desejo de terem maiores medidas, o que pode estar relacionado ao fato de estarem no início do tratamento e com desejo manifesto de superar a AN. As mães das pacientes também foram avaliadas e, em sua maioria, subestimaram suas próprias medidas, assim como demonstraram desejo de serem mais magras. A insatisfação corporal dessas mães poderia influenciar a filha a desenvolver sua própria insatisfação com seu corpo e, posteriormente, o TA, por meio da comunicação que se estabelece. O funcionamento familiar seria permeado por um ambiente de controle, com estilos de comunicação negativos e expressões de linguagem da mesma natureza, associados à discrepância nos valores e normas familiares. Esse ambiente familiar é descrito tanto pela mãe quanto pela filha

Ainda em relação à satisfação corporal, ao comparar os resultados de mães e filhas, Jacobi, Schmitz e Agras (2008) encontraram que as filhas de mulheres com sobrepeso demonstraram mais comportamentos de restrição alimentar e maior insatisfação corporal do que outras. Filhos de mulheres

com comportamentos alimentares descontrolados também evidenciaram maior insatisfação com o corpo. Garotas com idade média em torno de 10 anos pareceram ter maior risco de desenvolver TA, ao se considerarem seus comportamentos de restrição alimentar e insatisfação corporal.

Também utilizando um delineamento com análise comparativa entre mães e filhos, Anschutz, Kanters, Strien, Vermulst e Engels (2009) testaram a relação entre preocupação materna com o peso e encorajamento materno para ser magro percebido pela criança, e restrição alimentar e insatisfação corporal expressas pela mesma. A preocupação materna com o peso foi relacionada a comportamentos de restrição alimentar na criança, o que sugere que as filhas percebem a importância que as mães dão à aparência física e ao engajamento na perda de peso (corroborando Francis & Birch, 2005). Crianças que são motivadas por suas mães a serem magras estavam mais insatisfeitas com seus corpos e também apresentavam comportamentos de restrição alimentar.

Corroborando os resultados do estudo de Jacobi et al. (2008), Anschutz et al. (2009) encontraram que crianças maiores estavam mais suscetíveis às influências maternas em relação ao corpo e à satisfação com o mesmo. Outro estudo (Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2007), que avaliou a relação mãe-filha, comportamentos alimentares e imagem corporal, evidenciou que os níveis da gravidade da sintomatologia do comportamento alimentar e da insatisfação corporal da mãe estavam significativamente relacionados a essas mesmas variáveis nas filhas. De modo análogo, filhas que se sentiram criticadas ou pressionadas por suas mães em relação à alimentação ou à configuração do corpo mostraram-se mais propensas a relatar problemas com a comida e a autoimagem. Tal achado contraria o obtido na pesquisa de Field et al. (2008), que concluíram que mensagens negativas da mãe em relação ao corpo da filha não influenciam em seu comportamento alimentar e, conseqüentemente, no desenvolvimento de sintomas de TA.

Mães que apresentavam sintomas no comportamento alimentar ou que se mostraram insatisfeitas com o corpo da filha tinham filhas mais insatisfeitas com seus corpos, principalmente quando as mães lhes faziam comentários depreciativos. Essas mães, quando demonstravam ter internalizado as mensagens da mídia sobre beleza e magreza, também influenciavam suas filhas em seus comportamentos e atitudes em relação à alimentação (Cooley et al., 2007). Ainda em relação ao impacto das críticas maternas, os estudos de Hanna e Band (2006) corroboraram os resultados mencionados, confirmando que tais mensagens, assim como o conflito familiar, estavam associados à sintomatologia do TA e à auto-imagem negativa da filha. Essas comunicações verbais negativas sobre peso e formato corporal pareceram exercer forte influência no surgimento do TA, enquanto que os conflitos familiares mostraram-se influenciadores indiretos.

Ainda sobre a influência materna, Francis e Birch (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo analisar se as mães mais preocupadas com seu próprio peso e alimentação tentam influenciar suas filhas com relação ao peso e alimentação (mais especificamente: comportamentos restritivos), e avaliar a percepção das filhas quanto a essas influências. Os resultados corroboram os apresentados anteriormente, sugerindo que as mães que se mostram mais preocupadas com o próprio peso e

alimentação também mostraram maiores níveis de tentativas de restringir o acesso das filhas a guloseimas calóricas e de encorajamento para que as filhas percam peso.

A restrição a alimentos calóricos não está associada a comportamentos de restrição das filhas. Já os comentários relacionados ao peso foram percebidos pelas filhas como uma pressão, induzindo-as a comportamentos restritivos (corroborando o estudo de Keery et al, 2005). As mães parecem transmitir suas preocupações às filhas, que também evidenciam maiores níveis de cuidados com peso e alimentação, incluindo dietas restritivas.

Examinando as relações entre sintomas de TA nos pais e suas interações com os filhos na alimentação, encontrou-se que as mães que apresentaram maiores níveis de insatisfação corporal, juntamente com pais que apresentaram maiores níveis de sintomas bulímicos, evidenciaram mais práticas de restrição da alimentação dos filhos. Este estudo é inovador, pois avalia também os sintomas dos pais, e não apenas das mães, sugerindo que tais também podem influenciar o comportamento alimentar dos filhos. Quando o pai se mostrava insatisfeito com o próprio corpo, a mãe pressionava mais o filho para comer. Já quando a mãe estava insatisfeita com o próprio corpo, evidenciava práticas alimentares confusas no contato com os filhos, ora pressionando-os para comer, ora restringindo a alimentação. Essas mães parecem enviar mensagens confusas a seus filhos quanto ao alimento, que podem internalizar tais vivências e desenvolver sintomas de TA, já que as crianças exibem comportamentos alimentares mal adaptados, sugerindo uma transmissão entre as gerações (Blissett & Haycraft, 2011).

Em outro estudo sobre satisfação/insatisfação corporal, Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale e Siracusano (2006) relacionaram a insatisfação com o corpo em mulheres com TA à ansiedade de separação e relacionamentos baseados em vínculos inseguros. Também foi identificado o medo em relação à rejeição e possível abandono pelo outro, combinado com uma autoimagem negativa.

Tomiyama e Mann (2008) realizaram um estudo em que avaliaram fatores culturais, tanto familiares como individuais, e suas relações com o desenvolvimento do TA. Os autores encontraram que uma intensa proximidade nas interações familiares estava associada ao desenvolvimento do TA. Essa estreita proximidade, muitas vezes patológica, foi comparada a uma interdependência familiar de caráter cultural, que não é associada à psicopatologia. As pesquisadoras concluíram, ao compararem padrões relacionais familiares de grupos de culturas distintas, que é necessário avaliar a relação de intenso apego e dependência intrafamiliar, considerando os valores culturais na qual a família está inserida.

Outro estudo relacionado ao funcionamento familiar buscou determinar a natureza da angústia familiar em famílias de garotas com AN, comparando-as com famílias de adolescentes saudáveis e com as de garotas com doença crônica (diabetes mellitus tipo 1). Mães de adolescentes com AN, quando comparadas com mães de garotas saudáveis, foram percebidas como estimuladoras do conflito familiar, com senso de auto-eficácia reduzido, insatisfação e aliança em declínio com o pai da

paciente, além de apresentar sintomas de depressão e ansiedade (Sim et al., 2009). As famílias investigadas, embora envoltas em profunda dor e sentimentos de aflição, mostraram-se fortes e com proximidade afetiva entre seus membros. As mães pareceram experienciar emocionalmente as consequências do transtorno das filhas. Os autores evidenciaram as dificuldades emocionais próprias das mães de garotas com transtorno mental (TA), de modo que o sofrimento das filhas expunham dificuldades mais amplas encontradas no funcionamento familiar. As filhas acometidas pelo TA eram estigmatizadas e encontravam reduzida aceitação em seu círculo social (Sim et al., 2009). Essa investigação concluiu pela necessidade de implementar intervenções familiares no tratamento da AN, alinhando-se às recomendações de diversos estudos como Canetti et al. (2008), Latzer, Lavee e Gal, (2009), Marcos e Cantero (2009), Tomiyama e Mann (2008).

Rowa, Kerig e Geller (2001) postulam que uma das variáveis que podem influenciar no desenvolvimento de um TA em determinado grupo familiar é a dissolução de fronteiras individuais, que pode levar os indivíduos à perda de diferenciação e individuação no grupo. O referido estudo teve como objetivo investigar essa hipótese em famílias que tem um membro afetado por AN. Participaram 30 mulheres com diagnóstico de AN, 18 pais e mães destas pacientes e 65 alunas do curso de Psicologia como grupo controle, juntamente com pais e mães de 50 dessas estudantes. Foi aplicada uma escala para avaliar TA (Q-EDD) e a Parent-child Boundaries Scale (PBS). As mulheres com AN demonstraram ter mais problemas no estabelecimento de vínculos com pais e mães do que as mulheres do grupo controle, confirmando os achados da literatura da área. As autoras apontam que essa problemática não é específica da AN, mas pode estar associada, nesse caso, aos afetos negativos e depressivos característicos dos TA. As mulheres com AN também demonstraram sensações de serem invadidas e não respeitadas em seus limites, o que confirma, de maneira quantitativa, o estudo teórico de Lawrence (2002). Pais das filhas com AN não percebem os vínculos da mesma maneira que elas, apontando menos problemas na família. Além disso, as mães tenderam a identificar menos problemas nos vínculos do que apontaram as mães do grupo controle. Todas as filhas demonstraram ter mais problemas nos laços com as mães do que com os pais, o que pode estar associado a vivências mais próximas entre mãe e filha do que entre pai e filha. As autoras recomendam cautela na interpretação desses dados, considerando o reduzido tamanho da amostra. Ainda em relação às limitações do estudo, as autoras apontam a existência de diferenças sociodemográficas em relação ao grupo controle, bem como diferenças culturais, importantes no desenvolvimento do TA (Rowa, Kerig, & Geller, 2001).

No que diz respeito ao comportamento alimentar da família, Fernández-Aranda et al. (2006) encontraram que a tendência ao desenvolvimento de TA foi reduzida em famílias que tinham o hábito de tomar o café da manhã em conjunto, e elevada quando havia consumo de guloseimas e de comidas preparadas especialmente para o participante do estudo, quando criança, e também quando associada à intensidade do valor que o pai atribuía ao alimento.

Num estudo longitudinal (com duração de 10 anos), com o objetivo de avaliar se a frequência das refeições realizadas em família, durante a infância, está relacionada com aspectos saudáveis na

adolescência, através da coesão do grupo familiar e de coerentes estratégias de enfrentamento, Franko et al. (2008) encontraram que as refeições familiares frequentes sugerem maior proximidade entre os membros do grupo, o que pode ajudar a criança a desenvolver estratégias de enfrentamento mais adequadas e saudáveis. As participantes que aprenderam tais estratégias de enfrentamento evidenciaram menores níveis de estresse e de tendência a desenvolver sintomas de TA, bem como apresentaram menor envolvimento com tabaco. Esses dados evidenciam uma relação positiva com as refeições familiares frequentes. Os autores sugerem encorajar os pais a fazerem refeições familiares frequentes com os filhos, com o intuito de uma adolescência mais saudável.

Outros fatores encontrados como relacionados ao desenvolvimento do TA foram: ser integrante de família numerosa e conviver com os avós em casa. Este último fator pode estar relacionado a um estilo inadequado de alimentação dos avós voltado para os netos, em alguns casos permissivos em demasia e em outros, inflexíveis (Férrandez-Aranda et al., 2006). O estudo concluiu que é preciso orientar a família no sentido de fazer refeições conjuntas em horários estruturados, principalmente o café da manhã, de modo a desenvolver na criança atitudes positivas em relação ao alimento, assim como motivá-la a manter uma dieta saudável.

Ao avaliar se filhos (bebês) de mulheres diagnosticadas com TA tem dificuldades alimentares no início da vida, considerando os sintomas de TA da mãe, seus níveis de ansiedade e de depressão, num estudo longitudinal com amostra ampla e grupo controle, Micali, Simonoff, Stahl e Treasure (2011) observaram que sintomas de TA ativos durante o período de gravidez e histórico prolongado da doença da mãe aumentam o risco de problemas alimentares do bebê, que pode ocasionar baixo peso e outros problemas no desenvolvimento. Níveis maiores de ansiedade e de sintomas depressivos também aumentam tal risco.

Ao focalizar a relação mãe-filha e o desenvolvimento do TA, Sopezki e Vaz (2008) destacaram a importância desse vínculo no estabelecimento da autoestima da filha. Adolescentes com elevada autoestima valorizam suas competências pessoais e demonstraram capacidade de lidar com desafios, com o desconhecido. Enquanto adolescentes com baixa autoestima tendem a ser mais sensíveis a críticas que lhe são dirigidas. No caso de meninas com TA, tal achado corrobora os dados obtidos por Hanna e Band (2006) e Cooley et al. (2007), mencionados anteriormente. Essas adolescentes mostram-se mais inseguras e vulneráveis emocionalmente (Sopezki & Vaz, 2008).

Dallos e Denford (2008) estudaram quatro famílias que tinham filhas com AN, explorando os relacionamentos afetivos entre os membros. Os participantes expressaram preocupações em relação a não serem capazes de expressar seus sentimentos, ou a seus sentimentos propriamente ditos. Assim, imersos em um contexto de insegurança e dúvida em relação ao sentimento do outro, as comunicações emocionais ficavam mascaradas. Tais incertezas foram ilustradas por experiências emocionais negativas, que eram transmitidas de modo transgeracional. Os pais descreveram falta de emoções e de conforto, frieza afetiva, bem como relações negativas vivenciadas com seus próprios pais e percebidos no relacionamento conjugal do casal. Os pais das pacientes com AN relataram a tentativa frustrada de

evitar com que esses sentimentos e experiências se repetissem com suas filhas. Por apresentarem lacunas marcantes em termos de experiência emocional, esses pais não conseguiam ser continentes das experiências emocionais de seus filhos. De acordo com as referidas autoras, a relação estabelecida com o alimento entre gerações foi, de maneira geral, negativa. Os pais (casal) lembravam-se de suas refeições durante a infância como experiências negativas, dolorosas e solitárias. Não houve menção à comida como fonte de prazer ou diversão.

Latzer, Lavee e Gal (2009) relataram resultados de um estudo no qual avaliaram as relações familiares comparando as relações entre qualidade do relacionamento conjugal, relação pais-filhos e gravidade de sintomas sugestivos de perturbação no comportamento alimentar em famílias de pacientes com TA e em famílias controle. As primeiras evidenciaram maiores níveis de angústia no relacionamento conjugal e relações pais-filhas menos favoráveis, associados à gravidade dos sintomas. O casal parental e a filha com TA perceberam o relacionamento conjugal como mais infeliz, quando comparado com o grupo controle. Os pais se mostraram mais controladores com suas filhas, limitando sua autonomia e encorajando menos o desenvolvimento de seus recursos pessoais.

Ward et al. (2001) partiram do pressuposto da psicanalista Hilde Bruch de que relações de apego intenso entre mãe e filha teriam influências no desenvolvimento de TA. Desenvolveram um objetivo de avaliar o apego entre pacientes com AN e suas mães. A amostra foi composta de 14 pacientes, com idades entre 15 e 46 anos e 12 mães, com idades entre 40 e 81 anos. Os dados foram coletados por meio da aplicação da escala Adult Attachment Interview (AAI). Os resultados confirmaram as hipóteses iniciais, apontando que pacientes com AN mantêm relações de apego inseguro, assim como a maioria das mães entrevistadas. Foram encontrados altos níveis de traumas relacionados a perdas de pessoas queridas, principalmente entre as mães, com evidência de significativos níveis de estresse psicológico. Não foram encontradas relações entre as classificações de apego das díades, e os autores apontaram a amostra reduzida como uma das causas. Eles também reconheceram que a ausência de grupo controle limita a discussão dos dados e indicaram a necessidade de estudos futuros, amostra ampliada e inclusão dos pais. Sugeriram também que outros pesquisadores busquem compreender em profundidade a história das famílias, de modo a se entender melhor os meandros da relação entre as gerações. Também foi encontrada uma preponderância de aspectos de apego desdenhoso, característico das pacientes com AN em relação ao alimento e entendido como comportamento defensivo. As mães não conseguiriam suprir as necessidades de suas filhas e, frente a essa dificuldade, imporiam as suas próprias, criando uma confusão entre as necessidades de ambas (Ward et al., 2001).

Lawrence (2002) tentou explorar, a partir de numa abordagem psicanalítica, a relação entre aspectos relativos à feminilidade e o desenvolvimento da AN. O objetivo do estudo foi apresentar teorias contemporâneas que buscam explicar o desenvolvimento da psicopatologia. Uma das teorias apresentadas pela autora postula que o surgimento dos sintomas pode estar associado a abuso sexual na infância ou adolescência. Já na perspectiva psicanalítica, entende-se que os pais devem ser

continentes para as projeções e angústias dos filhos. Quando isso não acontece, os filhos reintrojetam suas ansiedades, sem possibilidades de elaboração psíquica. Essas duas linhas de pensamento apresentadas sugerem que pacientes com AN estão sujeitas a situações e sensações relacionadas à presença de um objeto intrusivo. Para ilustrar suas idéias, a autora apresenta cinco casos clínicos de situações em que pacientes com AN vivenciaram, de maneira real ou no plano da fantasia, situações precoces de intrusão. Os casos sugerem que essas pacientes experimentam medo de relacionamentos, de estar em contato íntimo com o outro, que é sempre sentido como invasor. A relação com a mãe ora é sentida como intrusiva, ora como uma vivência de intensa simbiose, com perda total dos limites egóicos, como se dividissem a mesma pele, sendo que a mãe não consegue auxiliar no processo de elaboração das angústias arcaicas da filha. Nesse sentido, o laço primitivo entre mãe e filha permanece inquebrável, dificultando a diferenciação que promove o desenvolvimento e a individuação. Enquanto isso, os pais se mostram como figuras ausentes, física ou emocionalmente distantes.

Nesse contexto relacional, a menina, em seu processo de amadurecimento, sofre de intensas ansiedades de intrusão, associadas ao corpo feminino e que se refletem também na formação de seu mundo mental. O desenvolvimento de curvas, seios e quadris, bem como a emergência da menarca são, para muitas mulheres, símbolos de força e crescimento. Para meninas com AN, esses marcos desenvolvimentais são significados como representações de fragilidade e vulnerabilidade, o que pode aumentar os sentimentos de intrusão, fazendo com que elas tentem negar tais expressões corporais de entrada na vida adulta, infantilizando o próprio corpo, ingressando em um movimento de regressão a padrões físicos e psíquicos imaturos (Lawrence, 2002).

Buscando explorar os significados atribuídos pela família à recusa alimentar de uma paciente diagnosticada com AN há seis anos, Chan e Ma (2002) analisaram oito sessões videogravadas de terapia familiar. As análises apontam que a paciente tenta disciplinar seu próprio corpo (magro, desnutrido), privando-lhe de alimentos e controlando a fome, como uma maneira de punir sua família (exigente e castradora), trazendo-lhes preocupações e tristezas. A paciente, que sempre se dedicou às responsabilidades da família (tanto no contexto dos negócios familiares, como no lar), tenta se ver livre do controle dos pais, em busca de seu próprio domínio, de sua autonomia.

Sherkow et al. (2009), apresentaram uma revisão da literatura sobre TA, seguida de três estudos de caso com mães diagnosticadas com TA e seus filhos, usuários de um serviço de enfermagem terapêutica especializado, para ilustrar a questão da transmissão psíquica entre gerações. A revisão de literatura apontou, que a maioria dos estudos da área de TA que focalizam a relação mãe-filho é de abordagem quantitativa. Os resultados sugerem que as dificuldades alimentares são transmitidas entre as gerações. Valendo-se do referencial teórico psicanalítico para o desenvolvimento do estudo, as autoras advogam que a psicanálise oferece uma base para se pensar a questão da transmissão do TA de uma geração para outra, mediante a integração de narrativas pessoais. Tal transmissão pode ocorrer tanto em nível de comportamento e aprendizagem, como em um nível intrapsíquico, consciente e inconsciente. A mãe é o objeto primário com quem a criança se identifica, podendo transmitir seus

comportamentos manifestos em relação à alimentação e ao alimento, mas também seu funcionamento psicodinâmico, que tem influência no desenvolvimento dos sintomas. A criança, que tem sua própria capacidade de elaborar tais transmissões, pode se identificar com tais representações e internalizá-las, assumindo como sua a herança materna (Sherkow et al., 2009). Os estudos de caso apresentados resultaram da observação (registros videogravados) de três díades mãe-filho participantes de um grupo terapêutico semanal, em que eram servidas refeições e havia brincadeiras compartilhadas. Os profissionais eram responsáveis por interpretar e significar os comportamentos alimentares das mães e as brincadeiras dos filhos.

Sherkow et al. (2009) exploraram os segredos dessas mães em relação ao TA, coletaram dados sobre a amamentação dos filhos, padrões alimentares da família, comportamentos da mãe ao alimentar seu filho e as respostas deste, as brincadeiras durante as sessões, a intrusividade nas relações. Esses dados foram obtidos através da história pessoal e das sessões de grupo. Sobre essas observações, as autoras delinearam teorias que mostram a transmissão tanto dos comportamentos manifestos em relação à alimentação, como do funcionamento psíquico latente e das respostas emocionais. As mães não se mostraram capazes de tolerar a agressão dos filhos, mostrando-se ora extremamente permissivas, ora extremamente punitivas. Além disso, demonstravam muitas dificuldades em comprar e preparar os alimentos, bem como de sentar-se à mesa para compartilhar uma refeição em família. As díades tinham dificuldade em diferenciar sensações de fome e saciedade, confundindo suas necessidades. Os filhos se identificavam com os comportamentos e funcionamento psicodinâmico de suas mães, reproduzindo-os. As mães, por sua vez, receavam, desde o nascimento dos filhos que eles crescessem e exibissem os mesmos comportamentos relacionados à alimentação (Sherkow et al., 2009).

Considerações Finais

Esta revisão integrativa permitiu identificar as evidências científicas acerca das relações familiares e do relacionamento entre gerações no contexto de vida de pessoas diagnosticadas com TA. Do ponto de vista do método, a maioria dos estudos revisados tem fundamentação quantitativa, apresenta nível de evidência moderado e utiliza escalas e questionários como instrumentos medidas, abrangendo grandes amostras. A maioria dos artigos selecionados foi publicada em periódicos internacionais. Outros artigos nacionais investigam, em algum nível, a relação entre gerações, mas este não é o principal foco dos estudos. Pode-se afirmar, ainda, que a temática vem ganhando espaço no cenário científico, e uma parcela desses artigos publicados aponta necessidade de novos estudos que permitam ampliar a compreensão do fenômeno investigado.

Um dos estudos buscou prover apoio empírico para uma hipótese psicanalítica, utilizando escalas e análises quantitativas. Apenas um estudo analisa três gerações de famílias. O estudo de Sherkow et al. (2009) parece ser o que mais se aproxima da abordagem proposta na presente investigação, porém não utiliza o mesmo referencial teórico e é fundamentado em uma metodologia diferente (observação de interações mães-filhos em situações de grupo terapêutico).

Nesse sentido, julga-se apropriado dizer que meu estudo vem numa outra linha (se comparado ao que vem sendo publicado), já que é de fundamentação qualitativa, utiliza entrevistas em profundidade como instrumento, e é composto de estudos de caso de grupos familiares. Alguns dos estudos revisados faz uma ressalva sobre a amostragem pequena, quando não é possível confirmar as hipóteses, o que torna os resultados inconclusivos. O presente estudo não se propõe a generalizar hipóteses, mas compreender em profundidade as histórias familiares (Francis & Birch, 2005; Hanna & Band, 2006).

Um dado curioso e alarmante da presente revisão evidencia que dos 37 artigos analisados, nove (Anschutz et al., 2009; Benninghoven et al., 2007; Cooley et al., 2007; Eisenberg et al., 2012; Francis & Birch, 2005; Hanna & Band, 2006; Jacobi et al., 2008; Kerry et al., 2005; Souza et al., 2009) apontam a influência que comentários em relação ao peso e encorajamento para dietas restritivas por parte de pais e mães (essas principalmente) exercem no desenvolvimento de sintomas relacionados ao comportamento alimentar das filhas. Dois estudos sugerem que refeições familiares estruturadas e freqüentes diminuem os níveis de comportamentos alimentares patológicos. Ainda assim, não foram encontrados estudos que avaliem, proponham ou apresentem intervenções preventivas. Apenas um foi encontrado, mas com foco em mães diagnosticadas com TA (Barnett et al., 2005)

Sugere-se, para estudos futuros, o desenvolvimento de novas pesquisas, inclusive qualitativas, que aprofundem a compreensão das relações familiares, bem como investiguem e proponham novas possibilidades de intervenções a serem implementadas pelos profissionais da área de TA, que tomem a família como *locus* dos cuidados em saúde mental.

As evidências científicas sistematizadas no presente estudo podem contribuir para que os profissionais da equipe multidisciplinar definam estratégias de cuidado em saúde, de modo a incluir a família ao instituírem o plano de tratamento, considerando a compreensão das implicações familiares no desenvolvimento e manutenção dos sintomas de TA. Acredita-se que essas medidas possam favorecer melhor entendimento do manejo do esquema terapêutico e, conseqüentemente, estimular a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito e a adesão de comportamentos protetores de saúde. Esses conhecimentos podem direcionar a equipe multidisciplinar de saúde na tomada de decisões em consonância com as necessidades de cada etapa do tratamento, considerando as repercussão familiares do TA.

Referências

- Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klitenberg, B. af, & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females. *American Journal of Epidemiology*, *170*(5), 566-575.
- Anschutz, D. J., Kanters, L. J. A., Strien, T. V., Vermulst, A. A., & Engels R. C. M. E. (2009). Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(1), 54-61.
- Bachar, E., Kanyas, K., Canetti, L., Bonne, O., & Lerer, B. (2008) Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *European Eating Disorders Review*. *16*(3), 184-190.
- Barnett, S. Buckroyd, J. & Windle, K (2005). Eating disorders from parent to child: mother's perceptions of transgenerational effect. *Counseling and Psychotherapy Research*, *5*(3), 203-211.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantscheck, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 118-123.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(9-10), 1355-1363.
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*(4), 368-371.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(6), 703-716.
- Chan, Z. C. Y. & Ma, J. L. C. (2004). Aetiology of anorexia nervosa in Hong Kong: a social work qualitative inquiry. *Child and Family Social Work*, *9*, 177-186.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004) A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31*(4), 184-187.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2007). Maternal effects on daughter's eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, *9*(1), 52-61.
- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(2), 305-322.
- Enten, R. S. & Golan, M. (2009) Parenting Stiles and eating disorder pathology. *Appetite*, *52*(3), 784-787.
- Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., & Newmark-Sztainer, D. (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disorderd eating behaviors in young adults. *Journal of Behavior Medicine*, *35*(5), 500-508.
- Fernandes, L. M. (2000). *Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: Uma revisão integrativa da literatura*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

- Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramón, J. M., Badia, A., Giménez, L., Solnao, R., Collier, D., Karwautz, A., & Treasure, J. (2006). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49(2), 476-485.
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, B., & Laird, N. M. (2008). Family, peer and media predictors of becoming eating desordered. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579.
- Francis, L. A. & Birch L. L. (2005). Maternal influences on daughter's restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B. A., Affenito, S. G. & Striegel-Moore, R. H. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, 27(2), 109-117.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Mendes, I, A. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista Escola de Enfermagem US*, 37(4), 43-50.
- Ganong, L.H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, 10(1), 1-11.
- Gazignato, E. C. S., Scorsolini-Commin, F., Souza, L. V., Kazan, A. L., & Santos, M. A. (2008). Beleza põe mesa? Transtornos alimentares e grupo. *Revista da Spagesp*, 9(1), 24-32.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C, Kohn, M & Madden, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa of adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14, 315-322.
- Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W. S. (2008). Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers. *Journal of Developmental & Behavior Pediatrics*, 29(5), 360-366.
- Karwautz, A., Nobis, G., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. & Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.
- Keery, H., Boutelle, K., Berg, P., van den, & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37, 120-127.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1201-1220.
- Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 837-850.
- Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226-235.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 800-807.

- Nilsson, K., Abrahamsson, K., Torbiornsson, A., & Hägglöff, B. (2009). Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. *Eating Disorders*, 15, 125-133.
- Phillips B, Ball C, Sackett D, Sackett, D., Badenoch, D., Straus, S., & Haynes, B. *Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence Grades of Recommendation* (2001). Disponível em: <<http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/levels4.html>> Acesso em : 7 março 2013.
- Rowa, K., Kerig, P. K., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*. 9(2), 97-114.
- Sherkow, S. P., Kamens, S. R., Megyes, M., & Loewenthal, L. (2009). A clinical study of the intergenerational transmission of eating disorders from mothers to daughters. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 64, 153-189.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, An. N., VandeVoort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.
- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*. 1(6), 26-38.
- Tomiyama, A. J., & Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: when family culture clashes with individual culture. *Journal of American College Health*, 57(3), 309-313.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- Ward, A., Rosalind, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.

APÊNDICE B – TABELA 1

Tabela 1.

Caracterização dos trabalhos recuperados segundo autores, ano, título, e país da publicação, população estudada, delineamento do estudo, objetivos, instrumentos/procedimentos e principais resultados obtidos (n = 23)

Autores, ano, título e país da publicação	População estudada	Delineamento do estudo e NE	Objetivos	Instrumentos/ Procedimentos	Principais resultados
Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., & Newmark-Sztainer, D. (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disorder eating behaviors in young adults. Estados Unidos.	1902 jovens	Quase-experimental, longitudinal – 10 anos	Examinar a associação entre comentários pejorativos sobre o peso (praticados por familiar ou outra pessoa significativa) e sintomas no comportamento alimentar na juventude, e com outras características.	Questionários padronizados.	Mulheres que recebem com frequência comentários negativos de pessoas importantes em sua vida têm maior probabilidade de desenvolverem sintomas no comportamento alimentar. Pessoas que não sofrem esse tipo de ação têm essa probabilidade muito diminuída.
Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. Reino Unido.	23 díades pai-mãe de crianças entre 18 meses e 5 anos.	Não-experimental, descritivo, correlacional	Examinar relações entre sintomas de TA nos pais e suas interações com os filhos na alimentação.	Eating Disorder Inventory, observação de uma refeição familiar (Family Meal Coding System), questionários.	Mães e pais que apresentam sintomas de insatisfação corporal, ou no comportamento alimentar, demonstraram mais dificuldades ao lidar com a alimentação dos filhos. Houve oscilação entre atitudes restritivas e pressão para que a criança comesse mais (mensagens confusas).
Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties:	441 mulheres diagnosticadas com TA, 10461 mulheres sem diagnóstico de transtorno	Quase-experimental, longitudinal – 1 ano	Avaliar se filhos (bebês) de mulheres diagnosticadas com TA tem dificuldades alimentares no início da vida, considerando os sintomas de TA da mãe, seus níveis de ansiedade e de depressão.	Questionários padronizados, Infant Temperament Scale, Denver Developmental Scale, Crown Crispy Experiential	Observou-se que sintomas de TA ativos no período de gravidez estão associados a dificuldades alimentares do bebê, que ocasionam baixo peso, além de outros prejuízos desenvolvimentais. Mães com maiores níveis de estresse e depressão também apresentaram esses riscos.

maternal and child mediators in a longitudinal general population study. Reino Unido.	psiquiátrico, os filhos dessas mulheres.			Inventory, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Eating Disorders Examination Questionnaire.	
Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. Estados Unidos	27 pessoas diagnosticadas com TA (26 mulheres, 1 homem)	Qualitativo, descritivo, exploratório	Investigar quais eventos estressores estão associados ao início dos sintomas de TA, na percepção de pacientes em tratamento.	Roteiros de entrevista semiestruturados	Os principais acontecimentos associados ao desenvolvimento de Ta são: mudanças de escola, falecimento de pessoa da família, mudanças em relacionamentos, mudanças em casa ou no trabalho, doença/hospitalização, e abuso sexual. Todos os participantes relataram início dos sintomas na adolescência ou na fase de transição infância-adolescência, ou adolescência-vida adulta.
5 Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assesment of social suport dimensions in patients with eating disorders. Espanha	98 mulheres com TA, entre 12 e 34 anos	Não-experimental, descritivo, exploratório	Investigar o apoio social que pacientes com TA recebem (informações, suporte emocional e suporte prático).	Escala de Apoio Social Percibido (EASP)	Os provedores de apoio social mais frequentes para mulheres com TA foram suas mães e seus parceiros. Foram detectados níveis altos de satisfação, sendo que essas mulheres recebem mais suporte em termos de informações do que emocional ou prático. As relações familiares mostraram-se positivas em termos de oferecimento de apoio.
Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. Israel	30 famílias (filhas com diagnóstico de TA, suas mães e pais) e 30 famílias controle	Quase-experimental	Comparar a relação entre qualidade do relacionamento conjugal, relação pais-filhos e gravidade de sintomas relacionados ao TA.	Family Functioning Questionnaire; Perceived Marital Quality Questionnaire; Level of Intimacy Questionnaire; Eating Disorder Inventory (EDI) – filhas apenas.	Os resultados mostraram que pais de filhas com TA têm relacionamentos conjugais de qualidade significativamente inferior ao dos pais das famílias controle. As filhas também relataram baixa qualidade em seus relacionamentos com seus pais.
Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, An. N., VandeVoort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009).	20 adolescentes do sexo feminino com AN, 20 com diabetes mellitus tipo 1	Quase-experimental	Determinar a natureza da angústia familiar em famílias de garotas com AN. Comparar aspectos do funcionamento familiar de garotas com AN com o de adolescentes com uma doença orgânica crônica e com um grupo sem condição médica.	Family Environment Scale (FES); Parenting Sense of Competence Scale - Efficacy and Satisfaction subscales	Famílias de adolescentes com AN, comparadas às de garotas com diabetes mellitus, parecem vivenciar maiores conflitos, vínculo parental empobrecido e aumento nos sentimentos depressivos. A angústia e o funcionamento familiar refletem um processo de acomodação que ocorre em famílias que têm uma filha com AN.

Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. Estados Unidos	e 20 procedentes da comunidade sem sintomas de TA; também foram avaliadas as mães de todas as participantes			(PSOC); Parenting Alliance Inventory (PAI); Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQR); Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ).	
Anschutz, D. J., Kanters, L. J. A., Strien, T. V., Vermulst, A. A., & Engels R. C. M. E. (2009). Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. Holanda	501 crianças de ambos os sexos entre 7 e 10 anos.	Não-experimental, descritivo, correlacional	Testar a relação entre preocupação materna com o peso e encorajamento materno para ser magro tal como percebido pelo filho, e restrição alimentar e insatisfação corporal em crianças.	Perception of Maternal Weight Concerns; Perception of Maternal Encouragement to be Thin; The Children's version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ-C); The Children Figure Rating Scale.	Foram encontradas relações entre o encorajamento materno para ser magro, insatisfação corporal na criança e restrição alimentar. Não foram encontradas diferenças entre os sexos, mas as relações eram mais fortes para crianças mais velhas, ou seja, à medida que crescem, as crianças se tornam mais vulneráveis a possíveis influências maternas.
Enten, R. S. & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disordered pathology. Israel	53 famílias (32 com um filho com AN, 18 com um filho com BN e 3 com um filho com diagnóstico de TA não especificado).	Não-experimental, descritivo, correlacional	Investigar relações entre estilos parentais e transtornos alimentares.	Parental Authority Questionnaire (PAQ), Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) e Eating Attitudes Test (EAT-26).	A maioria dos pais e mães participantes do estudo se descreveram como autoritativos, seguidos de descrições de serem permissivos e autoritários. Os filhos (pacientes e seus irmãos) perceberam os pais como figuras autoritárias. Foi encontrado que estilos autoritários estão correlacionados com baixa autoestima e altos níveis de depressão, e também com maiores problemas de comportamento com os filhos adolescentes. O estudo ainda enfatiza a importância da participação paterna no tratamento do paciente com TA, e não apenas da mãe.
Souza, L. V., Santos, M. A. & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a	37 familiares de pessoas com TA, participantes de 10 sessões de terapia de	Qualitativo, descritivo, exploratório	Compreender qual o significado que familiares de pessoas diagnosticadas com TA atribuem ao transtorno, quais seriam suas possíveis causas e como percebem o indivíduo acometido	Sessões de grupo audiogravadas em condições naturalísticas.	Os familiares trazem relatos de sofrimento em relação ao TA, bem como tentativas de explicar e construir significados para o problema. Tentam generalizar as características de indivíduos com TA, buscando dar sentido aos seus comportamentos. Familiares que acompanham o tratamento há mais tempo são capazes de apontar causas tanto internas, como externas para o TA

<p>anorexia e bulimia nervosa. Brasil Sherkow, S. P., Kamens, S. R., Megyes, M. & Loewenthal, L. (2009) A clinical study of the intergenerational transmission of eating disorders from mothers to daughters. Estados Unidos</p>	<p>grupo de um serviço especializado 4 díades mãe-filha</p>	<p>Qualitativo, descritivo, exploratório</p>	<p>Identificar aspectos intergeracionais que estariam relacionados ao de desenvolvimento de sintomas de TA em crianças, filhos de mulheres diagnosticadas com TA, em uma perspectiva psicanalítica.</p>	<p>Sessões de grupo videogravadas com participação conjunta de mães e filhos.</p>	<p>As mães não mostraram capacidade para conter as angústias e agressões de seus filhos. As vivências em relação ao alimento são conflituosas, confundindo-se as necessidades de cada membro da dupla. Filhos se identificam com o comportamento e funcionamento psíquico de suas mães, internalizando-os.</p>
<p>Nilsson, K.; Abrahamsson, K.; Torbjörnsson, A. & Hägglöff, B. (2009) Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. Suécia.</p>	<p>68 mulheres com diagnóstico de TA</p>	<p>Qualitativo, descritivo, exploratório</p>	<p>Compreender a perspectiva das pacientes sobre as causas da AN, oito e 16 anos após o diagnóstico.</p>	<p>Roteiros de entrevista semi-estruturados.</p>	<p>As participantes sugeriram que as principais causas, percebidas por elas, da AN seriam suas características de personalidade, a dinâmica familiar e o meio sociocultural.</p>
<p>Ahrén-Moonga, J., Silverwood, R., Klitenberg, B. af, & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females. Suécia.</p>	<p>14193 homens e mulheres nascidos entre 1915 e 1929 (primeira geração), 13376 mulheres nascidas entre 1952 e 1989 (terceira geração) – 55 delas com TA, Não fica claro quantos participantes</p>	<p>Não-experimental, descritivo, correlacional</p>	<p>Investigar associações entre características sociais (ou socioculturais?) de pais e avós, posição fraterna (? – é essa a expressão correta?) e performance escolar em relação à incidência de hospitalizações em mulheres diagnosticadas com TA, numa amostra ampla e multigeracional (registrada num banco de dados nacional).</p>	<p>Dados registrados em Banco Multi-geracional, através do Censo e na Agência de Educação da Suécia.</p>	<p>A incidência de hospitalizações para mulheres com TA foi de 32 em cada 100 mil, por ano. Mulheres com pais e avós maternas com maiores níveis educacionais apresentam maior risco. Mulheres que tinham notas maiores na escola (o que pode estar relacionado a característica de personalidade perfeccionista, comum nessas mulheres) também apresentavam maior risco de desenvolver TA.</p>

14 Tomiyama, A. J., & Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: when family culture clashes with individual culture. Estados Unidos	da segunda geração foram analisados. 255 mulheres sem diagnóstico de TA	Não-experimental, descritivo, correlacional	Testar a hipótese de que a extrema dependência nos relacionamentos familiares pode ser um fator de risco para o desenvolvimento do TA.	Questionários sobre valores culturais, dependência familiar e TA. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ); Eating Disorder Examination Interview; Singelis's Self-Construal Scale (SCS); Edinburgh Family Scale (EFS).	Dependendo da cultura, a dependência familiar extrema pode, ou não, constituir um fator de risco para o TA. Intensa proximidade nas interações familiares estava associada ao desenvolvimento do TA, dependendo de como essa proximidade era contextualizada no meio sociocultural específico.
Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, B. & Laird, N. M. (2008). Family, peer and media predictors of becoming eating disordered. Estados Unidos	12534 adolescentes	Quase-experimental, longitudinal (sete anos)	Identificar fatores disparadores de TA em adolescentes	Questionários desenvolvidos pelos autores; McKnight Risk Factor Survey (MRFS); Youth Risk Behavior Surveillance System Questionnaire.	10% das meninas e 3% dos meninos iniciaram comportamentos compatíveis com o diagnóstico de TA. Histórico materno de TA atua como fator de risco para adolescentes do sexo feminino. Comentários negativos ou implicâncias com o peso de adolescentes do sexo feminino, por parte de mães, pais ou pares do sexo feminino, não mostraram ter relação com o surgimento de comportamentos purgativos ou do comer excessivo. O mesmo tipo de comentário, da parte de meninos, foi associado a fator de risco para o desenvolvimento de TA. Outro fator de risco para garotas é a exposição à mídia, associada à tentativa da adolescente de parecer-se com alguma figura de grande visibilidade nos meios de comunicação de massa.
Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W. S. (2008). Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers. Alemanha	426 crianças de ambos os sexos entre 8 e 12 anos e seus cuidadores primários (91% mães).	Não-experimental, descritivo, correlacional	Avaliar a interação entre transtornos do comportamento alimentar e índice de massa corporal (IMC) em crianças e comportamentos alimentares problemáticos de suas mães e seus respectivos IMC.	IEG-Child-Questionnaire, e TFEQ-subscale disinhibition (mães)	Meninas com alto IMC evidenciaram mais problemas com alimentação e peso, e maior insatisfação corporal, do que garotos ou crianças mais novas. Filhas de mulheres com sobrepeso restringem mais sua alimentação. Os resultados demonstraram complexas e diferentes relações entre idade, gênero, IMC, variáveis maternas e distúrbios na alimentação infantil. Foram sugeridas intervenções preventivas para filhos de mulheres com sobrepeso ou com comportamentos alimentares descontrolados.
Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa	33 pacientes com AN e 33 participantes (grupo de comparação)	Quase-experimental	Buscar uma aproximação intergeracional entre vínculo parental e anorexia nervosa.	Eating Disorder Questionnaire e Parental Bonding Instrument (PBI)	Participantes com AN percebem seus pais (casal) menos carinhosos, e a figura paterna como mais controladora, do que os participantes sem diagnóstico de TA. Controle materno e cuidado paterno foram associados à gravidade dos sintomas. O cuidado da avó materna foi associado ao TA. Sugere-se que características dos avós

and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. Israel					
Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. Brasil	–	Teórico	Analisar a relação mãe-filha e a autoestima como fatores favorecedores do desenvolvimento e manutenção do TA.	–	insuficiências maternas, comportamentos instáveis e vulnerabilidade são transmitidos aos filhos, mesmo que silenciosamente. A criança constrói sua identidade a partir da interação com os pais. As adolescentes com TA são vulneráveis emocionalmente e inseguras, o que reflete sua baixa autoestima, que é apontada pelas autoras como um dos principais focos do tratamento do paciente com TA.
Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. Reino Unido	Quatro famílias nas quais um membro teve AN	Qualitativo, descritivo, exploratório	Explorar as relações familiares, padrões transgeracionais de relacionamentos e a temática da alimentação	Roteiros de entrevista individual aplicados ao paciente, a um irmão, aos pais (separadamente) e um roteiro aplicado à família com um todo.	A análise dos resultados evidenciou os seguintes temas: relações familiares assentadas em uma base de realidade frágil ou falsa, padrões transgeracionais de relacionamentos problemáticos, conflitos, discussões e triangulação, desconforto e relações negativas com o alimento. Nas quatro famílias a pessoa com AN apareceu como aquele membro familiar que constela uma experiência corretiva dos próprios pais em relação a experiências negativas vivenciadas em suas infâncias.
Bachar, E., Kanyas, K., Latzer, Y., Canetti, L., Bonne, O. & Lerer, B. (2008). Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. Israel	28 filhas com AN, suas 28 mães e 23 pais; Grupo controle constituído por 29 filhas, 29 mães e 28 pais	Quase-experimental	Comparar níveis de altruísmo (ignorar sua própria necessidade para servir ao outro) e de ascetismo (privação de prazeres) entre filhas e pais. Investigar relações entre níveis de depressão nos pais e egoísmo nas filhas.	Beck Depression Inventory, Selflessness Scale e Asceticism Scale of the Eating Disorder Inventory e Structured Clinical Interview (DSM-IV).	Mães de pacientes com AN mostraram menores níveis de altruísmo e ascetismo. Já as filhas com AN evidenciaram maiores níveis das mesmas variáveis em comparação com as filhas do grupo controle, sugerindo que se sacrificam mais em prol das necessidades do grupo familiar. As mães de pacientes com AN também mostraram maiores níveis de depressão, quando comparadas com as mães do grupo controle, e as filhas com AN são mais sensíveis ao estado emocional e psicológico de suas mães. Essas mães ainda são extremamente dedicadas aos filhos e pouco a si próprias, e as filhas sentem isso como uma obrigação das mães, o que alimenta a relação simbiótica mãe-filha, característica dos TA.
Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B. A., Affenito, S. G. &	2379 garotas.	Quase-experimental, longitudinal – 10 anos	Avaliar se a frequência das refeições realizadas em família, durante a infância, está relacionada com aspectos saudáveis na adolescência, através da coesão do grupo familiar e de coerentes	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; Coping Strategies	Refeições familiares mais frequentes sugerem maior coesão familiar e maior capacidade de desenvolver/aprender estratégias de enfrentamento saudáveis, o que diminui, ao longo dos anos, os níveis de estresse das filhas, bem como a tendência a desenvolver

Striegel-Moore, R. H. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? Estados Unidos			estratégias de enfrentamento. Os questionários foram respondidos anualmente, quando as garotas estavam com idades dentre 9 e 19 anos.	Inventory; Perceived Stress Scale; Eating Disorders Inventory.	sintomas de TA.
Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2007). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. Estados Unidos	91 díades mãe-filha (em idade universitária)	Não-experimental, descritivo, correlacional	Avaliar os efeitos dos comportamentos e atitudes alimentares maternos, a percepção da mãe acerca do corpo da filha e sua relação com TA.	Body Image Silhouettes; Composite Eating Pathology Scale; Weight Concerns Scale; Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire-Revised: Female Version (SATAQ). Family Assessment Measure (FAM); Beck Depression Inventory; Entrevistas clínicas estruturadas (DSM-IV). Programa de computador utilizado para avaliar percepção e imagem corporal ideal da paciente e da mãe, e posterior avaliação que a mãe faz da imagem corporal da filha.	As mães apresentaram avaliações negativas do corpo de suas filhas e desaprovação de sua figura, o que aumentou significativamente a dificuldade das filhas em tais áreas. Mães que internalizaram mensagens da mídia sobre magreza estariam mais propensas a terem filhas com TA.
Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantscheck, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. Alemanha	29 pacientes com AN, 20 com BN e suas respectivas mães	Não-experimental, descritivo, correlacional	Investigar a imagem corporal de pacientes com TA e a avaliação que suas mães fazem de tal imagem, bem como a relação de tal avaliação com o funcionamento familiar. Avaliar a imagem corporal da mãe.	Entrevistas clínicas estruturadas (DSM-IV). Programa de computador utilizado para avaliar percepção e imagem corporal ideal da paciente e da mãe, e posterior avaliação que a mãe faz da imagem corporal da filha.	Pacientes com AN superestimaram muito suas medidas, ao passo que as pacientes com BN superestimaram levemente. Para os grupos de mães não foram encontradas diferenças significantes. Em ambos os grupos de pacientes investigados, aspectos do funcionamento familiar foram associados à distorção e insatisfação corporal detectadas tanto nas mães como nas filhas.
Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramón, J. M., Badia, A.,	88 pacientes com AN, 123 pacientes com BN, 50 pacientes com	Quase-experimental	Analisar se há associação entre padrões alimentares individuais e familiares durante a infância e suas possíveis influências no desenvolvimento do TA.	Early Eating Environmental Subscale do Cross-Cultural (Environmental)	Durante a infância e início da adolescência os seguintes fatores foram identificados como relacionados ao TA: comer excessivamente doces e guloseimas e consumo de comida especialmente preparada para o respondente. Consumir de café da manhã regularmente foi associado de maneira negativa ao TA.

<p>Giménez, L., Solnao, R., Collier, D., Karwautz, A., & Treasure, J. (2006). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorders factors. Espanha</p>	<p>TA não especificado e 160 participantes saudáveis como grupo controle</p>			<p>Questionnaire (CCQ)</p>	<p>Pacientes com TA relataram padrões alimentares desfavoráveis desde cedo, com excessiva importância atribuída à comida pela família e pelo indivíduo.</p>
<p>Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. Austrália</p>	<p>315 mulheres entre 14 e 28 anos</p>	<p>Não-experimental, descritivo, correlacional</p>	<p>Investigar relações entre conflito familiar e a percepção da comunicação de mensagens negativas de mães para filhas em relação ao peso e à forma corporal e sintomas de TA das filhas.</p>	<p>9-item Conflict subscale of the Family Environment Scale (FES); The Mother Subscale of the Parental Eating and Weight Measures Survey; Subscales from the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2).</p>	<p>Mensagens negativas são importantes fatores que influenciaram no desenvolvimento da sintomatologia do TA, bem como da autoimagem negativa, mais do que os conflitos familiares em si.</p>
<p>Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. Itália</p>	<p>31 pacientes com AN e 65 com BN</p>	<p>Não-experimental, descritivo, correlacional</p>	<p>Analisar a associação entre ansiedade de separação, apego inseguro e insatisfação corporal</p>	<p>Body Shape Questionnaire (BSQ), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) e Attachment Style Questionnaire (ASQ).</p>	<p>Os escores obtidos no BSQ foram fortemente correlacionados com os escores do SASI e ASQ, para os dois grupos de pacientes. Relações de apego inseguro apresentaram correlação consistente com avaliação negativa da imagem corporal em mulheres com TA, o que sugere a necessidade de intervenções preventivas focadas em tais relações. Foram percebidos receio de rejeição e possível abandono pelo outro, combinado com uma autoimagem negativa.</p>
<p>Honey, A., Clarke, S., Halse, C, Kohn,</p>	<p>24 adolescentes</p>	<p>Qualitativo, descritivo,</p>	<p>Investigar qualitativamente como os irmãos saudáveis podem influenciar suas irmãs</p>	<p>Roteiros de entrevista</p>	<p>Os resultados sugerem que os irmãos podem influenciar suas irmãs doentes de maneira positiva ou negativa, principalmente no que</p>

M & Madden, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa of adolescent girls. Austrália	do sexo feminino diagnosticadas com AN, 16 mães e 8 pais	exploratório	adolescentes diagnosticadas com AN, na perspectiva destas e de seus pais.	semiestruturados.	tange ao conhecimento dos irmãos em relação à doença, suas reações frente aos sintomas, estilo de vida, encorajamento/desencorajamento de alguns comportamentos das irmãs e relacionamentos interpessoais.
Keery, H., Boutelle, K., Berg, P., van den, & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. Estados Unidos	372 garotas cursando o Ensino Fundamental.	Não-experimental, descritivo, correlacional	Avaliar a prevalência e os efeitos de provocações verbais a membros da família em aspectos de insatisfação corporal, distúrbios alimentares e no funcionamento psicológico.	The Perception of Teasing Scale; The Sociocultural Internalization of Appearance Questionnaire; The Physical Appearance Comparison Scale; The Eating Disorder Inventory; Self Image Questionnaire for Young Adolescents; The Rosenberg Self-Esteem Inventory; The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale.	23% das jovens avaliadas relataram serem provocadas pelos pais, por sua aparência. 12% queixaram-se de provocações acerca do peso, sugerindo que são mais provocadas por seus pais do que por suas mães. 29% disseram serem provocadas pelos irmãos. Os resultados evidenciam que as participantes que relataram queixas dos pais e irmãos têm maiores risco de desenvolverem sintomas depressivos. Em famílias em que o pai faz comentários provocativos à filha, é mais provável que o irmão também o faça, sugerindo a transmissão intergeracional do comportamento. Os comentários negativos têm influenciam a autoestima, comportamentos alimentares patológicos e sintomas depressivos.
Barnett, S. Buckroyd, J. & Windle, K (2005). Eating disorders from parent to child: mother's perceptions of transgenerational effect. Reino Unido	Oito mães diagnosticadas com TA.	Qualitativo, descritivo, exploratório	Apresentar e avaliar um grupo para mães diagnosticadas com TA, que tinha o objetivo de auxiliá-las no cuidado com seus filhos, de maneira a prevenir uma possível transmissão dos sintomas de TA. É também apresentado com mais detalhes o caso de uma participante.	Clinical, Outcomes in Routine Evaluation System; Eating Disorders Inventory; roteiros de entrevista semiestruturada; observação e análise de sessões de terapia de grupo.	No caso apresentado com maior ênfase, os pesquisadores observaram e analisaram que a mãe encontrou no grupo um espaço de reflexão. Ela pôde se conscientizar e reavaliar seus comportamentos alimentares, ressignificando as mensagens negativas que transmitia a seus filhos em relação à alimentação.
Francis, L. A. & Birch L. L. (2005). Maternal influences on daughter's restrained eating	173 díades mãe-filha. Os dados foram coletados quando as	Quase-experimental, longitudinal – 6 anos	Analisar se as mães mais preocupadas com seu próprio peso e alimentação tentam influenciar suas filhas com relação ao peso e alimentação (mais especificamente: comportamentos restritivos), e avaliar a percepção das filhas	Mães: Weight Concerns Scale, Three-Factor Eating Questionnaire, Child Feeding	Mães que se mostraram mais preocupadas com seu próprio peso e alimentação evidenciaram maiores níveis de restrição do comportamento alimentar das filhas, também encorajando-as a perder peso. Esse encorajamento está associado a maiores níveis de restrição alimentar nas filhas, que percebem a atitude das mães

behavior. Estados Unidos	filhas tinham 5, 7, 9 e 11 anos de idade.		quanto a essas influências.	Questionnaire e Encouragement of Daughter's Weight Loss Scale Filhas: Dutch Eating Behavior Questionnaire, Child Eating Attitude Test, Weight Concerns Scale.	como uma pressão.
Cobelo, A. W., Saikali, M. O. & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. Brasil	–	Relato de experiência	de Caracterizar o trabalho de terapeutas familiares dentro de um serviço especializado de assistência aos TA.	–	Famílias que têm um membro com TA apresentam um funcionamento peculiar e encontram-se aprisionadas aos sintomas, necessitando de atendimento específico. No modelo de intervenção descrito são utilizadas práticas conversacionais na tentativa de ressignificar os segredos e conteúdos familiares não elaborados.
Chan, Z. C. Y. & Ma, J. L. C. (2004). Aetiology of anorexia nervosa in Hong Kong: a social work qualitative inquiry. China	Oito mulheres diagnosticadas com TA e suas famílias.	Qualitativo, descritivo, exploratório	Conhecer a percepção de mulheres diagnosticadas com TA sobre a etiologia da AN.	Roteiros de entrevista semiestruturados, observação clínica e diário de campo.	As pacientes demonstraram interpretar as causas da AN de acordo com aspectos biológicos, psicológicos (características de personalidade), socioculturais e familiares.
Karwautz, A., Nobis, G., Wagner, G., Hafferl- Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C. & Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. Áustria	31 adolescentes diagnosticadas com AN e uma irmã de cada uma delas (n=62)	Não- experimental, descritivo, exploratório	Avaliar percepções subjetivas do ambiente familiar de adolescentes do sexo feminino diagnosticadas com anorexia nervosa e de suas irmãs	Subjective Family Image Test (SFT) e questionários sobre comportamento alimentar.	As adolescentes com AN percebem que tem pouca autonomia em relação a seus pais, sentindo-se mais dependente deles do que suas irmãs. Elas também percebem o grupo familiar como mais coeso do que as irmãs saudáveis.
Ward, A., Ramsay,	20 pacientes	Não-	Examinar o nível de apego em pacientes com	Adult Attachment	As pacientes com AN e suas mães demonstraram apego inseguro

R., Turnbull, S., Steele, M., Steel, H. & Treasure, J. (2002). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. Reino Unido	com AN e 12 mães	experimental, descritivo, correlacional	AN e suas mães, buscando testar a teoria da psicanalista Hilde Bruch de que padrões de apego de mães e filhas são relevantes para a área dos TA.	Interview (todas); Clinical Interview Schedule (mães); Questionário sobre histórico clínico (mães).	(apenas uma paciente e duas mães não demonstraram) e desdenhoso (mecanismo de defesa). Foram percebidos, especialmente entre as mães, muitos traumas não resolvidos. Não foram encontradas associações entre estilos de apego de mães e filhas. As participantes mostraram baixo nível de funcionamento reflexivo. As autoras sugerem estudos futuros sobre como os traumas não elaborados são transmitidos para as gerações vindouras.
LAWRENCE, M. (2002). BODY, MOTHER, MIND: ANOREXIA, FEMININITY AND THE INTRUSIVE OBJECT. Reino Unido	Cinco casos clínicos de pacientes com AN	Qualitativo, descritivo, exploratório	Apresentar duas teorias contemporâneas que abordam a AN e postulam a hipótese do objeto intrusivo.	Teoria aplicada a vinhetas clínicas extraídas de cinco estudos de caso.	Mulheres com AN têm um objeto intrusivo instalado em suas mentes, que pode ser resultado ou não de intrusões reais do ambiente externo. A relação com a figura materna, em fantasia, é eterna e inquebrável, gerando um vínculo simbiótico, sendo que a mãe se mostra impossibilitada de conter psiquicamente as angústias da filha.
CHAN, Z. C. Y., MA, J., L., C. (2002). FAMILY THEMES OF FOOD REFUSAL: DISCIPLINING THE BODY AND PUNISHING THE FAMILY. CHINA	Mulher diagnosticada com AN e seus familiares (pai, mãe, irmã e irmão).	Qualitativo, descritivo, exploratório	Explorar os significados atribuídos pela família à recusa alimentar de uma paciente diagnosticada com AN há seis anos.	Oito sessões videogravadas de terapia familiar.	As análises sugerem que a paciente (mulher de 40 anos, responsável pelos negócios da família) tentava controlar seu corpo (através da restrição alimentar), como uma maneira de punir seus familiares (em especial os pais) pelas exigências que tinham que ela fosse perfeita.
Rowa, K., Kerig, P. K. & Geller, J. (2001). The Family and Anorexia Nervosa: Examining Parent-Child Boundary Problems. Canadá	30 mulheres com AN, 65 mulheres saudáveis como grupo controle (pais e mães foram convidados, mas não fica claro quantos aceitaram participar do estudo).	Quase-Experimental	Examinar o vínculo entre pais e filhas com AN, explorando possíveis problemas de estabelecimento limites na relação eu-outro	Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis; Eating Disorder Inventory; Parent-Child Boundaries Scale; Family Adaptability and Cohesion Scales; Beck Depression Inventory; Parent-Child Boundaries Scale (Parent Version).	Mulheres com AN mostraram mais problemas de vinculação com seus pais e mães do que as mulheres do grupo controle. Já os pais não demonstraram essa mesma dificuldade. Todas as filhas mostraram mais problemas de vínculos com suas mães do que com seus pais.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (participantes)

Meu nome é Élide Dezoti Valdanha, sou estudante do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e estou realizando uma pesquisa com três gerações de uma mesma família (avó, mãe e filha), em que um dos membros desenvolveu anorexia nervosa.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pesquisador coordenador do NEPPS – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

O objetivo geral desse estudo é compreender como determinados conteúdos são transmitidos entre as três gerações.

Para isto preciso da colaboração de paciente, sua mãe e sua avó materna e gostaria que você fosse uma delas. Para participar deste estudo você deve estar ciente de que:

- 1) Sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em prejuízos no seu atendimento.
- 2) A participação no estudo não envolve qualquer ônus financeiro.
- 3) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada.
- 4) Caso aceite, realizaremos uma entrevista, isto é, conversaremos um pouco, em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à sua história de vida e sua família. Tais questões são importantes para o objetivo de meu estudo.
- 5) Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso você não se oponha, pois é preciso ter certeza de que nada do que você disser será “esquecido” ou passará despercebido.
- 6) No decorrer da entrevista, caso você queira descansar um pouco, podemos, a qualquer momento, parar por algum tempo até que você esteja disposta a continuar;
- 7) Não há riscos significativos em participar dessa pesquisa. Contudo, algumas questões abordadas podem gerar algum tipo de desconforto psicológico. Caso isso acontecer, você poderá conversar com as psicólogas da equipe.
- 8) Você é livre para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, bastando me comunicar o seu desejo.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito desta pesquisa.

Ribeirão Preto,..... de de 2011.

Nome da Participante:.....

RG:.....

Assinatura da participante:.....

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Assinatura do pesquisador-orientador:

Fone para contato com os pesquisadores: (16) 3602 3645, de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Endereço: NEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia e Educação. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II (participantes)

Meu nome é Élide Dezoti Valdanha, sou estudante do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e estou realizando uma pesquisa com três gerações de uma mesma família (avó, mãe e filha), em que um dos membros desenvolveu anorexia nervosa.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pesquisador coordenador do NEPPS – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

O objetivo geral desse estudo é compreender como determinados conteúdos são transmitidos entre as três gerações.

Ao assinar este documento, o(a) sr.(a) também estará concordando que a gravação realizada em áudio seja transcrita e arquivada no Banco de Dados do grupo de pesquisa. Assim, o material produzido poderá ser utilizado por mim ou por outros pesquisadores, sob minha coordenação e supervisão, e seu conteúdo poderá ser divulgado parcialmente ou na sua integralidade, sem restrições de prazos e limites de citações, em eventos científicos e culturais, mídia impressa (revistas, livros, jornais, artigos científicos) e mídia eletrônica (Internet, Banco de Dados Informatizado, Multimídia, CD ROM, DAT – Digital Áudio Tape), sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto às informações fornecidas, de acordo com a ética que rege a pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito desta pesquisa.

Ribeirão Preto,..... de de 2011.

Nome da

Participante:.....

RG:.....

Assinatura

da

participante:.....

Assinatura

da

pesquisadora-responsável:

.....

Assinatura do pesquisador-orientador:

Fone para contato com os pesquisadores: (16) 3602 3645, de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Endereço: NEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia e Educação. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I
(pais ou responsáveis legais de pacientes menores de 18 anos)**

Meu nome é Élide Dezoti Valdanha, sou estudante do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e estou realizando uma pesquisa com três gerações de uma mesma família (avó, mãe e filha), em que um dos membros desenvolveu anorexia nervosa.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pesquisador coordenador do NEPPS – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

O objetivo geral desse estudo é compreender como determinados conteúdos são transmitidos entre as três gerações.

Para isto preciso da colaboração de paciente, sua mãe e sua avó materna e gostaria que sua filha fosse uma das participantes. Caso esteja de acordo que a sua filha participe do estudo, eu realizarei com ela uma entrevista que abordará questões sobre sua história de vida e desenvolvimento do transtorno alimentar. Para ela participar do estudo, você deve estar ciente que:

- 1) A participação dela é voluntária e uma recusa não implicará em prejuízos no seu atendimento.
- 2) A participação no estudo não envolve qualquer ônus financeiro.
- 3) As informações que sua filha fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada.
- 4) Caso ela aceite, realizaremos uma entrevista, isto é, conversaremos um pouco, em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à sua história de vida e sua família. Tais questões são importantes para o objetivo de meu estudo.
- 5) Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso você se oponha, pois é preciso ter certeza de que nada do que ela disser será “esquecido” ou passará despercebido.
- 6) No decorrer da entrevista, caso ela queira descansar um pouco, podemos, a qualquer momento, parar por algum tempo até que ela esteja disposta a continuar;
- 7) Não há riscos significativos em participar dessa pesquisa. Contudo, algumas questões abordadas podem gerar algum tipo de desconforto psicológico. Caso isso acontecer, sua filha poderá conversar com as psicólogas da equipe.
- 8) Sua filha é livre para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, bastando me comunicar seu desejo.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente que minha filha participe dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito desta pesquisa.

Ribeirão Preto,..... de de 2011.

Nome da Participante:

RG:.....

Assinatura da mãe/pai/responsável:

RG:.....

Assinatura da pesquisadora-responsável:.....

Assinatura do pesquisador-orientador:

Fone para contato com os pesquisadores: (16) 3602 3645, de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Endereço: NEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia e Educação. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II
(pais ou responsáveis legais de pacientes menores de 18 anos)

Meu nome é Élide Dezoti Valdanha, sou estudante do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e estou realizando uma pesquisa com três gerações de uma mesma família (avó, mãe e filha), em que um dos membros desenvolveu anorexia nervosa.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pesquisador coordenador do NEPPS – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

O objetivo geral desse estudo é compreender como determinados conteúdos são transmitidos entre as três gerações.

Para isto preciso da colaboração de paciente, sua mãe e sua avó materna e gostaria que sua filha fosse uma das participantes. Caso assine este termo, o(a) sr.(a) também estará concordando que a gravação realizada em áudio seja transcrita e arquivada no Banco de Dados do grupo de pesquisa. Assim, o material produzido poderá ser utilizado por mim ou por outros pesquisadores, sob minha coordenação e supervisão, e seu conteúdo poderá ser divulgado parcialmente ou na sua integralidade, sem restrições de prazos e limites de citações, em eventos científicos e culturais, mídia impressa (revistas, livros, jornais, artigos científicos) e mídia eletrônica (Internet, Banco de Dados Informatizado, Multimídia, CD ROM, DAT – Digital Audio Tape), sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto às informações fornecidas, de acordo com a ética que rege a pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente que minha filha participe dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito desta pesquisa.

Ribeirão Preto,..... de de 2011.

Nome da

Participante:.....

RG:.....

Assinatura

da

participante:.....

Assinatura

da

pesquisadora-responsável:

.....

Assinatura do pesquisador-orientador:

Fone para contato com os pesquisadores: (16) 3602 3645, de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Endereço: NEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia e Educação. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
(Paciente com anorexia nervosa)

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____
 Naturalidade: _____ Procedência: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Ocupação: _____
 Situação conjugal: _____ Filhos: () sim () não Quantos: _____
 Renda familiar: _____
 Nº de pessoas que moram na residência: _____
 Tipo de moradia (própria, alugada, emprestada): _____
 Religião: _____ Praticante: () sim () não Frequência semanal: _____
 Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência? _____

2. Entrevista semiestruturada

- Gostaria que você me contasse sua história de vida. Fique à vontade para falar livremente tudo o que desejar.
- Você poderia me contar fatos marcantes sobre sua infância?
- Como era seu relacionamento com seus pais?
- Você poderia me contar fatos marcantes sobre sua adolescência? Como era seu relacionamento com seus pais?
- Quem preparava as refeições em sua casa? Sempre foi assim?
- Como vocês faziam as refeições do dia? E hoje?
- Preferências e aversões: quais seus alimentos preferidos? Você tem aversão a algum tipo de alimento? (sentimentos)
- Você está satisfeita com seu corpo? Tem alguma parte de seu corpo que a deixa insatisfeita?
- Como seus pais se conheceram?
- Como é o relacionamento de seus pais?
- Você sabe como seu nome foi escolhido?
- Como você percebe os cuidados que seus pais têm com você atualmente?
- Como você se vê enquanto filha?
- Como é o relacionamento com seus avós?
- Como vocês solucionam conflitos em sua família?
- O que você sabia sobre transtorno alimentar, antes da descoberta?
- Como foi a descoberta do transtorno alimentar para você? E para sua família?
- Como foi a busca por tratamento?
- O que mudou na rotina familiar?
- O que você pensa sobre os transtornos alimentares, atualmente?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(Mãe da paciente)

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____
 Naturalidade: _____ Procedência: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Ocupação: _____
 Situação conjugal: _____ Filhos: () sim () não Quantos: _____
 Renda familiar: _____
 Nº de pessoas que moram na residência: _____
 Tipo de moradia (própria, alugada, emprestada): _____
 Religião: _____ Praticante: () sim () não Frequência semanal: _____
 Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência? _____

2. Entrevista semiestruturada

- Gostaria que você me contasse sua história de vida. Fique à vontade para falar livremente tudo o que desejar.
- Você poderia me contar fatos marcantes de sua infância? - Como era seu relacionamento com seus pais?
- Como foi sua adolescência? E o relacionamento com seus pais?
- Quem preparava as refeições em sua casa? Sempre foi assim?
- Como vocês faziam as refeições do dia? E hoje?
- Preferências e aversões: quais seus alimentos preferidos? Você tem aversão a algum tipo de alimento? (sentimentos)
- Você está satisfeita com seu corpo? Tem alguma parte de seu corpo que a deixa insatisfeita?
- Sente ou já sentiu desejo de emagrecer? O que pensa sobre isso?
- Como você e seu marido se conheceram?
- Como foi o período de namoro?
- Como foi a união?
- Quais as crises enfrentadas durante o casamento? Como foram resolvidas?
- Como foram a gravidez e nascimento dos filhos (em especial a filha que também participa do estudo)?
- Como se deu a escolha dos nomes dos filhos (em especial a filha que também participa do estudo)?
- Você amamentou seus filhos?
- Como você percebe esta filha (participante da pesquisa)? Que imagem tem dela?
- Como você se vê enquanto mãe? E enquanto filha?
- Como você se vê enquanto filha?
- Como era a rotina familiar antes da descoberta do transtorno alimentar?
- O que você sabia sobre o transtorno alimentar?
- Como você descobriu que sua filha era portadora de anorexia nervosa?
- O que mudou ao longo do tratamento da paciente? Quais as dificuldades enfrentadas pela família?
- Como foi a busca por tratamento?
- O que você pensa sobre os transtornos alimentares, atualmente?

APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

(Avó materna da paciente)

1. Dados sociodemográficos:

Nome: _____
 Naturalidade: _____ Procedência: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Ocupação: _____
 Situação conjugal: _____ Filhos: () sim () não Quantos: _____
 Renda familiar: _____
 Nº de pessoas que moram na residência: _____
 Tipo de moradia (própria, alugada, emprestada): _____
 Religião: _____ Praticante: () sim () não Frequência semanal: _____
 Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência? _____

2. Entrevista semiestructurada

- Gostaria que você me contasse sua história de vida. Fique à vontade para falar livremente tudo o que desejar.
- Você poderia me contar fatos marcantes de sua infância?
- Como era seu relacionamento com seus pais?
- Como foi sua adolescência? E o relacionamento com seus pais?
- Quem preparava as refeições em sua casa? Sempre foi assim?
- Como vocês faziam as refeições do dia? E hoje?
- Preferências e aversões: quais seus alimentos preferidos? Você tem aversão a algum tipo de alimento? (sentimentos)
- Você está satisfeita com seu corpo? Tem alguma parte de seu corpo que a deixa insatisfeita?
- Sente ou já sentiu desejo de emagrecer? O que pensa sobre isso?
- Como você e seu marido se conheceram?
- Como foi o período de namoro?
- Como foi a união?
- Quais as crises enfrentadas durante o casamento? Como foram resolvidas?
- Como foram a gravidez e nascimento dos filhos (em especial a filha que também participa do estudo)?
- Como se deu a escolha dos nomes dos filhos (em especial a filha que também participa do estudo)?
- Você amamentou seus filhos?
- Como você percebe esta filha (participante da pesquisa)? Que imagem tem dela?
- Como você se vê enquanto mãe? E enquanto filha?
- Como é sua filha na condição de mãe?
- Como sua filha cuida de seus próprios filhos?
- Como é sua relação com seus netos?
- O que você sabia sobre transtornos alimentares?
- Como você descobriu que sua neta era portadora de anorexia nervosa?
- O que mudou ao longo do tratamento da paciente? Quais as dificuldades enfrentadas pela família?
- Como foi a busca por tratamento?
- O que você pensa sobre os transtornos alimentares, atualmente?

ANEXO**ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA**

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

"Campus" de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/091/-jsl

Ribeirão Preto, 13 de julho de 2011.

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "**ANOREXIA NERVOSA E TRANSMISSÃO PSÍQUICA TRANSGERACIONAL: HISTÓRIAS DE VIDA DE PACIENTES, MÃES E AVÓS**" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 567/2011 - 2011.1.1035.59.5.

Atenciosamente,


Prof.^a Dr.^a **ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE**
Coordenadora

À Senhora
Élide Dezoti Valdanha
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP - USP

Com cópia para o orientador:
Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos
Departamento de Psicologia da FFCLRP - USP