

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CHRISTIANE BALDIN ADAMI LAUAND

**As experiências alimentares de mães com filhas portadoras de Transtornos
Alimentares: investigando a transgeracionalidade**

Ribeirão Preto
2010

CHRISTIANE BALDIN ADAMI LAUAND

**As experiências alimentares de mães com filhas portadoras de Transtornos
Alimentares: investigando a transgeracionalidade**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título Mestre em Ciências, Programa
de Pós Graduação Enfermagem Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Processo Saúde-
Doença e Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosane Pilot Pessa
Ribeiro

Ribeirão Preto

2010

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Adami Lauand, Christiane Baldin

As experiências alimentares de mães com filhas portadoras de Transtornos Alimentares: investigando a transgeracionalidade. Ribeirão Preto, 2010.

94p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa.

1. Alimentação. 2. Transtornos da Alimentação. 3. Transmissão. 4. Herança.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADAMI-LAUAND, Christiane Baldin

As experiências alimentares de mães com filhas portadoras de Transtornos Alimentares: investigando a transgeracionalidade.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Às minhas avós, Nair e Lavínia e à minha mãe Arlete personagens fundamentais na constituição do meu jeito de ser. Obrigada pela herança transmitida que, sem dúvida, inspirou-me a construir este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Felipe, companheiro, amigo, cúmplice. Foi ao seu lado que escolhi completar os capítulos da minha história. Minha gratidão pelo amor, cuidado, paciência e incentivo durante todo o tempo em que estamos juntos.

Aos meus avós, Bruno e Lavínia, Nair e Júlio (*in memoriam*) pelas heranças recebidas.

Aos meus pais, Carlos e Arlete, pela dedicação, amor e perseverança. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, encorajando-me a buscar minhas realizações e sonhos.

Ao meu irmão Márcio, exemplo de perseverança, fé e superação.

À minha irmã Mariane, pelo entusiasmo, força e escuta.

Aos meus padrinhos, Bete e Luis, pelo apoio incondicional.

Aos meus sogros Bete e Marco, pelo carinho e incentivo.

Aos meus cunhados Ana e Roni, Giovana e Paulo, pelo estímulo.

À minha orientadora Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro por acreditar em mim e aceitar ser minha parceira no desafio de compor este trabalho. Obrigada pela escuta paciente, amiga e compreensiva diante das limitações e dificuldades vivenciadas ao longo deste período, incentivando-me sempre.

Aos Profs. Drs. Manoel Antônio dos Santos e Luiz Jorge Pedrão, pelas preciosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. José Ernesto do Santos por autorizar a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pela oportunidade de realizar o curso de mestrado.

À Capes, pelo apoio financeiro durante a realização deste trabalho.

À Maria Bernadete Figueiró de Oliveira, por me acolher, por ouvir minhas angústias e fantasias que, de alguma maneira, me impediam de viver criativamente.

À Magda Maria Machado Colli, pelo incentivo e orientações.

À amiga Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura por me lembrar que a vida é um aprendizado constante e assim, a cada experiência temos a oportunidade de crescer e melhorar.

Às queridas amigas Paula Carolina Darboni Dantas do Nascimento, Leila Maria Quiles, Felícia Bighetti, Marina Manochio e Thaís Fonseca de Andrade por me ajudarem a enxergar a vida com mais cor.

Às eternas amigas Simone Antonini, Luciana Vendrúsculo, Juliana Luz, Carolina Marçal e Mariana Zancul pela presença constante em minha vida.

Às amigas Nelma Ellen Zamberlan e Raphaela Muniz pelo acolhimento, força, cuidado e dedicação.

Aos amigos especiais Pedro Schwartzmann e Gabriela, Dante Mastropietro e Gisela, Alexandre Fachini e Poliana, Diego Clé e Tainá, pela escuta, carinho e parceria.

À equipe do GRATA Carolina Gala, Carolina Leônidas, Érika Oliveira, Monise Costa, Tatiane Rezende e todos os demais que se dedicam a transformar este trabalho num constante desafio e aprendizado. Obrigada pela amizade.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na construção deste trabalho e são com certeza personagens fundamentais na minha história de vida. Obrigada por torcerem por mim.

E, finalmente, agradeço à Alice, Bruna, Carina, Débora e Edi. A história de vida que, gentilmente vocês se dispuseram a contar é a essência deste trabalho. Obrigada.

Ao que vai chegar

*Voa coração
A minha força te conduz
Que o sol de um novo amanhecer em breve vai
brilhar.
Vara a escuridão,
Vai onde a noite esconde a luz.
Clareia seu caminho e acende seu olhar.*

*Vai onde a aurora mora e acorda um lindo dia.
Colhe a mais bela flor que alguém já viu nascer
E não se esqueça de trazer força e magia,
O sonho e a fantasia, e a alegria de viver.*

*Voa, coração,
Que ele não deve demorar,
E tanta coisa a mais quero lhe oferecer:
O brilho da paixão,
Pede a uma estrela pra emprestar,
E traga junto a fé num novo amanhecer.
Convida as luas cheia, minguante e crescente
E de onde se planta a paz, da paz quero a raiz.
E uma casinha lá onde mora o sol poente
Pra finalmente a gente simplesmente ser feliz.*

(Composição de Toquinho em parceria com Mutinho ao receber a notícia que se tornaria pai)

RESUMO

ADAMI LAUAND, C. B. **As experiências alimentares de mães com filhas portadoras de transtornos alimentares:** investigando a transgeracionalidade. 2010. 94f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A alimentação é um objeto de estudo de extrema complexidade que envolve várias áreas do saber científico, entre elas a sociologia, a antropologia, a psicologia e a nutrição que se dedicam a investigar este instigante fenômeno. Até o momento, sabe-se que ela assume função social e afetiva entre os seres. O caráter simbólico dos alimentos se insere no contexto das relações sociais, sendo a família um importante instrumento de transmissão de rituais e de regras dietéticas. Do ponto de vista afetivo, a alimentação, primeiramente pela amamentação, é considerada o primeiro elo entre a mãe e o bebê e este processo acontece naturalmente quando existe uma relação harmoniosa entre a dupla. Considerando os estudos sobre as heranças psíquicas, em especial aquelas advindas de elementos transgeracionais, o objetivo desta pesquisa foi compreender o significado e as experiências emocionais da alimentação para as mães com filhas portadoras de transtornos alimentares. O percurso teórico baseou-se na pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram do estudo cinco mães de jovens com transtornos alimentares que frequentaram o grupo de apoio psicológico aos familiares do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA-HCFMRP-USP) no ano de 2008. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado, sendo as entrevistas audiogravadas e transcritas na íntegra. A partir da análise dos dados emergiram aspectos relacionados à alimentação e seu caráter socioculturais e emocionais com os seguintes temas: a alimentação materna, a alimentação e o afeto e a alimentação após o transtorno alimentar da filha. Observou-se que vivências destas mães com a própria alimentação influenciaram seus desejos, a manutenção de tradições alimentares ou a transformação dessas, assim como a construção dos vínculos com suas filhas. As recordações infantis trouxeram lembranças da família e da organização da rotina alimentar considerando como personagens fundamentais deste processo suas avós e suas mães, caracterizando a presença de, pelo menos, duas gerações responsáveis pela transmissão dos hábitos, costumes alimentares e sentimentos. Ficou evidente que as necessidades alimentares destas mães não se basearam somente no caráter nutritivo dos alimentos, mas também buscaram afeto, cuidado e atenção. Elas ensaiaram tentativas de modificar as tradições e os costumes herdados com a finalidade de vivenciar outra maneira de receber e oferecer o alimento. Contudo, observou-se que os significados que a alimentação assumiu para estas mães estavam pautados nas referências e valores transmitidos por suas próprias mães. Todas apresentaram alguma restrição alimentar, seja pela dificuldade financeira familiar ou pela resistência em ingerir determinados alimentos durante a infância. Diante desses resultados, pode-se pensar que as dificuldades das mães referentes à alimentação e aos vínculos construídos a partir da relação com suas próprias mães tenderam a se repetir com as filhas, sugerindo a existência de uma herança que as antecede e atravessou gerações. Sem a pretensão de encontrar ou apontar culpados ou vítimas que justifiquem a existência da herança transgeracional nos transtornos alimentares, outros ou novos estudos serão necessários para ampliar os conhecimentos sobre este fenômeno que muitas vezes impede o viver criativo.

Palavras-chave: Alimentação. Transtornos da Alimentação. Transmissão. Herança.

ABSTRACT

ADAMI-LAUAND CB. **The feeding experiences of mothers with daughters who suffer from eating disorders:** investigating the transgenerationality. 2010. 94f. Dissertation (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2010.

Feeding is a very complex object of study that involves many scientific areas, including sociology, anthropology, psychology and nutrition that investigate this interesting phenomenon. Up until now, it is known that it assumes a social and affective function among people. The symbolic quality of foods is inserted in the social relation context, considering the family a very important instrument to teach rituals and dietetic rules. From the affective point of view, feeding, first having breast feeding, is considered the first link between the mother and the baby, and this process happens naturally when there is a harmonious relation between both. Considering the studies about psychic heritage, specially the one that comes from transgenerational elements, the goal of this research was to understand the meaning and the emotional experiences of feeding of mothers who have daughters with eating disorders. The theory was based on qualitative, descriptive and exploratory research. Five mothers of young people who suffer from eating disorders took part in this study and they attended meetings to have psychological support at Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA-HCFMRP-USP) during the year of 2008. A semi-structured guide was used as an instrument to collect the data, and the interviews were recorded and written out verbatim. From the data analysis some aspects related to feeding and its social-psychocultural quality appeared with the following themes: breast feeding, feeding and affection, and feeding after a daughter's eating disorder. It was seen that these mothers' life experiences considering their own feeding influenced their wishes, the keeping of feeding traditions or the change in them as well as the building of bonds between them and their daughters. The childhood memories brought up family memories and also memories of feeding routine having their grandmothers and their mothers as very important characters in this process, showing that at least two generations are responsible for transmitting eating habits and feelings. It was evident that these mothers' nutritional necessities were not only based on the foods nutritional qualities, but also sought for affection, care and attention. They tried to change traditions and customs they inherited so they could try another way to give and receive food. However, it was seen that the meanings and importance of feeding to these mothers were related to the values taught by their own mothers. All of them presented some feeding restriction because of family financial difficulty or because of some resistance to the idea of eating certain kinds of food during childhood. According to these results, it is thought that the difficulties these mothers have concerning feeding and the bonds built from the relation to their own mothers tended to be repeated with their daughters. This suggests the existence of heritage that preceded them and crossed generations. There is no pretension to find or point victims or anyone to blame who could justify the existence of transgenerational heritage of feeding disorders, other studies are needed to increase the knowledge about this phenomenon that many times impede a creative living.

Key-words: Feeding. Eating Disorders. Transmission. Heritage.

RESUMEN

ADAMI LAUAND CB. **Las experiencias alimentarias de las madres con hijas que padecen trastornos de la alimentación:** la investigación de la Transgeneracionalidad. 2010. 94f. Tesis (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La alimentación es un objeto de estudio extremadamente complejo que involucra varias áreas de la Ciencia, como sociología, antropología, psicología y nutrición, que se dedican a investigar este interesante fenómeno. Hasta el momento, se sabe que tiene una función social y afectiva entre los seres humanos. El carácter simbólico de los alimentos se encuentra inserido en el contexto de las relaciones sociales, siendo la familia un importante instrumento en la transmisión de los rituales y normas dietéticas. Desde el punto de vista afectivo, la alimentación por amamantamiento, es considerada el primer vínculo entre la madre y el bebé, y este proceso ocurre naturalmente cuando existe una relación armoniosa entre madre e hijo. Teniendo en cuenta los estudios sobre las herencias psíquicas, especialmente aquellas provenientes de elementos transgeneracionales, el objetivo de esta investigación fue comprender el significado y las experiencias emocionales de la alimentación para las madres con hijas portadoras de trastornos alimentarios. El marco teórico se basó en la investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Participaron de este estudio cinco madres de jóvenes con trastornos de la alimentación que concurrían al grupo de apoyo psicológico para familiares del Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA-HCFMRP-USP), durante el año 2008. Como herramienta para la recolección de datos fue utilizada una lista semi estructurada, donde las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas fielmente. Del análisis de los datos obtenidos surgieron aspectos relacionados con la alimentación y su carácter psico-socio-cultural como por ejemplo: la dieta materna, la alimentación y el afecto o el afecto y la alimentación pos trastorno alimenticio de la hija. Se observó que las experiencias de esas madres con su propia alimentación influyeron en sus deseos, en el mantenimiento de las tradiciones alimentarias, o en la transformación de éstas, como también en la creación de vínculos con sus hijas. Los recuerdos de la infancia trajeron memorias de la familia y de la organización de la rutina alimentaria, siendo abuelas y madres los personajes principales de ese proceso, caracterizado por la presencia de al menos dos generaciones responsables de la transmisión de costumbres, hábitos alimenticios y sentimientos. Resultó evidente que las necesidades alimentarias de las madres no se basan únicamente en el carácter nutritivo de los alimentos, sino también en la búsqueda de afecto, cuidado y atención. Ellas intentaron modificar las tradiciones y costumbres heredadas a fin de experimentar otra forma de recibir y proporcionar el alimento. Sin embargo, se observó que los significados que asumió la alimentación para estas madres estaban pautados en las referencias y en los valores transmitidos por sus propias madres. Todas manifestaron alguna restricción alimentaria, ya sea por la dificultad financiera o por la resistencia a la ingesta de ciertos alimentos durante la infancia. A partir de estos resultados, se podría pensar que las dificultades de las madres en lo referente a la alimentación, y a los vínculos construidos como consecuencia de la relación con sus propias madres tienden a repetirse con las hijas, sugiriendo la existencia de un legado que las precede y que atravesó generaciones. Sin pretender encontrar o señalar culpables o víctimas que justifiquen la existencia de la herencia transgeneracional en los trastornos alimentarios, otros estudios serán necesarios para incrementar el conocimiento sobre este fenómeno que a menudo impide la vida creativa.

Palabras clave :Alimentación. Trastornos de la Alimentación. Transmisión. Herencia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A ALIMENTAÇÃO	18
1.1.1 Aspectos culturais.....	18
1.1.2 Aspectos familiares.....	20
1.1.3 A mãe e o bebê.....	22
1.1.4 As transmissões psíquicas.....	25
1.2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	27
1.2.1 Definição, etiologia e tratamento.....	28
1.2.2 As heranças e o transgeracional.....	31
2 JUSTIFICATIVA	34
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral.....	37
3.2 Objetivos Específicos.....	37
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
4.1 TIP390 DE ESTUDO.....	39
4.2 CAMPO DE PESQUISA E COLABORADORES.....	39
4.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	41
4.3.1 Cole42ta de dados.....	41
4.3.2 Instrumentos utilizados	42
4.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	43
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 CARACTERIZAÇÕES DAS COLABORADORAS.....	46
5.2 TEMAS E SUBTEMAS.....	52
5.2.1 A alimentação materna.....	54
5.2.2 A alimentação e o afeto.....	66
5.2.3 A alimentação após o de transtorno alimentar das filhas.....	71
6 COSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	88
ANEXO	93

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha experiência profissional como psicóloga clínica e, ao deparar-me pela primeira vez com o atendimento de uma paciente com anorexia nervosa percebi como o vínculo construído na relação da dupla mãe-filha estava permeado de conteúdos indiferenciados, nos quais mãe e filha não podiam separar-se, as mentes se fundiam, uma dependia da outra para pensar e existir. A partir deste momento senti necessidade de aprofundar meus estudos sobre esse quadro e o vínculo estabelecido na relação mãe e filha tendo no alimento e no ato de alimentar o primeiro elo afetivo entre esses dois personagens. Foi então que, em maio de 2006, iniciei minhas atividades como psicóloga voluntária no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP). Inicialmente, assumi o lugar de observadora das reuniões clínicas desenvolvidas pelo grupo. Durante este percurso busquei desenvolver recursos para ouvir, conter e pensar as angústias que emergiam nos profissionais da equipe, nos familiares e nos pacientes diante de um fenômeno tão complexo, grave e que, a qualquer momento poderia levar esses pacientes ao risco de morte.

Passado o período de observação, tive a oportunidade de atender, fora do HCFMRP, alguns pacientes em psicoterapia individual até o momento que ingressei como observadora do Grupo de Apoio Psicológico aos Familiares. No início de 2009, assumi, juntamente com outra psicóloga, a coordenação deste grupo.

Diante de histórias que os familiares revelaram nestes encontros percebi que estas mães também guardavam conteúdos muito significativos relacionados às próprias experiências com a alimentação. Foi a partir desta observação que fiquei motivada a desenvolver este estudo com a finalidade de compreender como estas experiências foram significadas em suas mentes e, quiçá, transmitidas psiquicamente através das gerações.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A alimentação é um objeto de estudo de extrema complexidade envolvendo as áreas da epidemiologia, economia, sociologia, antropologia, nutrição, história e psicologia, entre outras. Cada uma contribui com suas problemáticas e pontos de vista não excluindo a possibilidade de estudos pluridisciplinares (POULAIN; PROENÇA, 2003).

Canesqui (2005) traça a trajetória dos estudos antropológicos sobre a alimentação. Durante a década de 70, os antropólogos pesquisaram a alimentação com foco no modo de vida das classes populares. Já na década de 80, os estudos articularam-se àqueles sobre as representações corporais, de saúde e de doença. Somente na segunda metade da década de 90 é que a antropologia voltou seu olhar para os regionalismos culinários, a comida e seu simbolismo, as cozinhas e as religiões, assim como para os hábitos alimentares de grupos específicos. De acordo com esta autora, a antropologia tentou, timidamente, aproximar-se das ciências da saúde no que se refere aos trabalhos sobre alimentação.

Para Romanelli (2006), o constante interesse da antropologia pela alimentação relaciona-se ao fato deste tema fazer parte de um conjunto de experiências humanas. Ele aponta que a alimentação não é um ato solitário, mas é uma atividade social, sempre envolve outras pessoas na produção de alimentos, em seu preparo e, sobretudo, na própria atitude de estar à mesa.

Parece, portanto, que a alimentação assume um sentido mais amplo que a mera satisfação das necessidades naturais e vitais do ser humano. A vinculação entre o caráter natural da alimentação referente às necessidades instintivas do ser humano como a fome e a cultura, torna o seu estudo um objeto complexo e bastante interessante.

Freud (1974), em “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade” nomeou de fase oral a primeira etapa do desenvolvimento emocional dos bebês. O autor considera que durante este período, a boca, os lábios e a língua da criança não são utilizados somente para alimentar-se, mas assumem a função de ser a primeira “porta de entrada” para o bebê conhecer o mundo externo e ter sensações de prazer ou desprazer. O alimento recebido pelo bebê, além de suprir suas necessidades

nutricionais, traz consigo outros elementos que vão influenciar na relação que ele começa estabelecer consigo e com o mundo externo.

Assim, a alimentação está vinculada a aspectos emocionais que devem ser considerados na compreensão do ato alimentar e nas dificuldades referentes a este processo. Ela é um importante elo entre o bebê e sua mãe (WINNICOTT, 1982).

Diante do complexo campo de interesse que se abre frente ao estudo da alimentação procurou-se, nesta pesquisa, compreender o significado e as experiências emocionais da alimentação para as mães com filhas portadoras de transtornos alimentares a partir dos estudos sobre as heranças psíquicas, em especial aquelas advindas de elementos transgeracionais.

Pareceu pertinente, portanto, definir um conceito amplo sobre a alimentação que foi compreendida como um processo biológico e cultural que se traduz na escolha, preparo e consumo de um ou vários alimentos no qual o organismo adquire e assimila estes alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo crescimento, movimento e reprodução (BRASIL, 2003).

Para que se cumprissem os objetivos do trabalho o percurso teórico baseou-se na pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A primeira etapa da introdução foi construída considerando a alimentação como veículo de transmissão de hábitos culturais, enfatizando também a relevância da família neste processo. Serão apresentadas conceituações sobre a importância do vínculo materno na constituição da subjetividade considerando as heranças entre as gerações. O reconhecimento do conceito de herança psíquica na família trouxe importantes contribuições para compreender as configurações psíquicas do sujeito, em especial, quando estas o aprisionam, impedindo o desenvolvimento de suas potencialidades.

A segunda etapa destacou, primeiramente, a conceituação psiquiátrica dos transtornos alimentares, os fatores etiológicos e formas de tratamento. Em seguida, abordou os aspectos da transgeracionalidade nesses transtornos. Partindo deste conceito, em concordância com Miranda (2004), os transtornos alimentares surgem como expressão de histórias de vidas comprometidas com um vínculo de intensa paixão, revelando uma relação fusional entre mãe e filha na qual heranças afetivas são evocadas constantemente.

A trajetória metodológica assim como a discussão dos resultados será apresentada na sequência.

1.1 A ALIMENTAÇÃO

1.1.1 Aspectos culturais

O conceito de cultura é universal e vincula-se às produções humanas provindas da convivência social. As regras, os modelos culturais e os sistemas simbólicos são organizadores da vida em sociedade. No entanto, apesar do caráter universal da cultura, cada sociedade humana constrói e elabora sistemas próprios para solucionar problemas universais, como a fome (ROMANELLI, 2006).

No percurso da história da alimentação, vê-se que a função social do alimento teve início com a descoberta do fogo utilizado inicialmente para cozer os alimentos e proporcionar o consumo em comum. Nesse processo de cozimento havia a intenção de tornar os alimentos digeríveis e não nocivos muito mais do que apenas aprimorar o seu sabor. Foi na transformação do alimento “cru em cozido”¹ que o homem conquistou um avanço em seu desenvolvimento e iniciou-se a construção de hábitos alimentares vinculados ao gosto e às crenças culturais (MIRANDA, 2003).

Para Romanelli (2006, p. 335):

[...] o ato de saciar a fome é específico de cada sociedade e em torno da comensalidade construíram-se inúmeras regras que fazem parte de um sistema, já que a alimentação não é prática isolada, mas integra um sistema simbólico e relaciona-se com outros sistemas. Se todos precisam comer, não o fazem do mesmo modo.

Alessi (2006) considera três aspectos para a compreensão das atitudes frente à alimentação. O primeiro deles refere-se às regras e significados envolvidos em toda a prática alimentar. O segundo diz respeito aos paradigmas de inspiração positivista e holística. Na visão positivista, a alimentação é concebida como um comportamento aprendido mecanicamente. O paradigma de inspiração holística considera a alimentação como um comportamento social e histórico. A terceira consideração aponta para os determinantes sociais da conduta alimentar que podem variar entre as sociedades ou até mesmo no interior de determinada sociedade.

¹ Expressão de Levis Strauss

Para Maciel (2005) a conduta alimentar humana está impregnada pela cultura. O autor aponta que o ato alimentar proporciona o encontro entre a cultura e a natureza, pois, além de suprir uma necessidade vital ao ser humano, ela está permeada de significados.

Daniel e Cravo (2005) fazem um levantamento de várias ocasiões em que o caráter simbólico dos alimentos está inserido no contexto das relações sociais e rituais. Casamentos, batizados, aniversários, ocasiões fúnebres, reuniões políticas e empresariais são marcados pela comensalidade.

A estruturação do comportamento alimentar ainda sofre influência dos hábitos regionais, dos costumes adquiridos em diferentes fases da vida, das informações recebidas sobre a alimentação e nutrição, das preferências alimentares, das experiências positivas e negativas envolvendo a alimentação e até das pressões sociais e familiares para consumir ou deixar de consumir determinado alimento (GARCIA, 1999).

Rotenberg e De Vargas (2004, p. 85) acreditam que:

[...] os hábitos e as práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que tem início na infância e é associado aos hábitos urbanos de consumo. A amamentação, a introdução de alimentos complementares até a alimentação cotidiana da família é um processo construído pela experiência e aprendizado próprios de cada grupo social.

Romanelli (2006) apresenta a alimentação como uma atividade social, na qual envolve pessoas desde a produção e preparo do alimento até a própria comensalidade, ocasião para se criar e manter formas ricas de sociabilidade.

Miranda (2003, p. 142) diz o seguinte:

Em torno de uma mesa, temas importantes são tratados, negócios milionários são fechados, vínculos interpessoais são restaurados ou rompidos, seja de que modo for o momento da refeição é um momento de troca parecendo ser o corolário que finaliza e encerra o ato de cozinhar, pois representa o alcance de um produto, o alimento, e a sua criação precisa ser comemorada. Um sagrado momento.

Ramos e Stein (2000, p. 230) acreditam que:

“[...] as escolhas alimentares, a quantidade dos alimentos, o tempo e o intervalo para comer, enfim, as regras e normas da alimentação são estabelecidas pelo grupo social e [...] o comportamento alimentar do pré-escolar é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança”.

Giard (1998) mostra que as transmissões sobre a alimentação, como o ato de amamentar, o preparo dos alimentos e troca de receitas, faziam parte do ritual de socialização das crianças. Eram aprendidas nos diálogos, na experiência e na vivência das mulheres, transmitidas de mãe para filha, da avó para a neta. Com a modernização e inserção da mulher no mercado de trabalho as fontes de transmissão se transformaram e, muitas vezes, as informações passaram a ser divulgadas pelos meios de comunicação e apoiadas pelo discurso acadêmico-científico.

A família pode ser compreendida como fonte de transmissão de práticas alimentares, rituais, regras e significados construídos a partir de um contexto social mais amplo, assim como pelas experiências e vivências sociais, pelo saber científico e pelo momento histórico e cultural (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Nesse contexto, ela se caracteriza por um grupo social específico em que as transmissões das regras e dos hábitos culturais encontram espaço para coabitarem com vínculos afetivos construídos pela interação entre seus membros e suas histórias. A alimentação, com seu caráter simbólico, torna-se o veículo pelo qual essas regras e vínculos podem ser transmitidos pelas gerações.

1.1.2 Aspectos familiares

A construção da família, anteriormente, era baseada por pactos econômicos, sociais, morais e religiosos. As modificações da sociedade têm promovido mudanças na configuração familiar ao longo do tempo. Tais mudanças encontram respaldo a partir do momento em que a sociedade privilegiou a individualidade e a família passou a se construir pelos movimentos de escolha. Sabe-se que desde as

tribos primitivas até as organizações atuais, existem leis e normas que regulam a sua dinâmica, “incluindo a prática sexual entre seus membros, a divisão de trabalho, a definição de papéis e funções de cada um, havendo, sempre um elemento interditor na base de seu funcionamento” (CARAM et al., 2003, p. 45).

Para Caram et al. (2003) a família torna-se essencial ao processo de civilização por ser o alicerce da constituição da sociedade. No entanto, as autoras acreditam que, atualmente, há alterações em seu funcionamento e organização e muitas famílias revelam falta de nitidez e definição clara de papéis.

Osório (1997, p. 50) descreve a família da seguinte maneira:

[...] é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que a partir dos objetos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condição para a aquisição de suas identidades pessoais desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

Assim, a família é caracterizada pela formação de vínculos e alianças entre diferentes membros e diferentes gerações. Em toda a estrutura familiar haverá sempre leis e normas reguladoras da sua organização.

Para André-Fustier e Aubertel (1998, p. 136) a família tem a seguinte definição:

[...] é um grupo específico, caracterizado por vínculos de aliança e de filiação; pelas proibições que regem estes vínculos (proibição do incesto e do assassinato). Ela articula as relações entre estes diferentes membros e entre as diferentes gerações, e isto em função da história e dos mitos próprios.

Carreiro e Freire (2006) acreditam que a dinâmica do psiquismo e a sociedade modelam constantemente a transmissão das heranças. No entanto, na dimensão inconsciente, as transmissões podem conter elementos que estão sob a ação do recalque, o que favorece a produção de segredos e traumas familiares.

Kaës (2001a, p. 13), diz o seguinte a respeito das transmissões na família:

A subordinação do grupo funda-se na inelutável rocha da realidade intersubjetiva como condição da existência do sujeito humano. O que é inelutável é que somos postos no mundo por mais de um outro, por

mais de um sexo, e que nossa pré-história faz de cada um de nós, bem antes de nascermos, o sujeito de um conjunto intersubjetivo, cujos sujeitos nos têm e nos mantêm como servidores e herdeiros de seus “sonhos de desejos insatisfeitos”, de seus recalcamientos e de suas renúncias, na malha de seus discursos, de suas fantasias e de suas histórias.

Correa (2003) define o grupo familiar como matriz da constituição do sujeito. A família torna-se um espaço privilegiado para a passagem da transmissão psíquica entre as gerações fundamentando, assim, a construção da subjetividade. É pelo vínculo mãe, bebê e o grupo familiar que irá se constituir o berço psíquico do sujeito carregado por uma teia psíquica grupal que atravessa gerações.

Partindo deste pressuposto, a mãe ou quem assume a função materna, adquire um lugar privilegiado no processo de constituição da mente humana. São nos primórdios desta relação, influenciada pelo processo alimentar, que se inicia o primeiro elo entre a mãe e o bebê.

1.1.3 A mãe e o bebê

Baseando-se na observação clínica de crianças pequenas, Klein (1985) exerceu grande influência nos estudos sobre a estruturação do psiquismo infantil e desenvolveu uma teoria a respeito das relações objetais. Em sua teoria, a autora procurou compreender as ansiedades primitivas e os sentimentos de culpa dos bebês gerados especialmente pelos seus impulsos destrutivos e suas fantasias agressivas voltados inicialmente contra sua mãe, representadas em sua mente pelo seio e, posteriormente, ao mundo externo – mãe representante de um objeto total.

Klein (1895) evidencia que as experiências que o bebê tem com a alimentação e a presença da mãe iniciam o que chamou de relação de objeto. A interação entre os impulsos libidinais e agressivos, mesmo que em proporções variadas, corresponde à integração entre as pulsões de vida e de morte. A autora aponta que numa experiência nutritora em que não haja tensão ou fome há possibilidade de um equilíbrio entre estes impulsos. Porém, quando o bebê tem dificuldade em tolerar as privações e lidar com suas ansiedades a força dos

impulsos destrutivos em interação com os impulsos libidinais fornece a base constitucional para intensificar a voracidade.

Winnicott (2000a) dedicou um olhar especial para o desenvolvimento emocional sadio das crianças e o lugar da mãe neste processo. Ele chamou de “preocupação materna primária” o estado psicológico que a mãe se encontra próximo ao fim da gravidez e durante as primeiras semanas após o nascimento do bebê. Esta condição pode ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação onde há predominância, temporariamente, de um determinado aspecto da personalidade.

Nas palavras do autor (2000a, p. 401):

Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recuperar-se dele. Introduzo aqui a palavra “doença” porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera.

Para Winnicott (2000a) a mãe que desenvolve este estado fornece um contexto no qual a constituição da criança e suas tendências ao desenvolvimento possam se manifestar. Com isso, o bebê consegue experimentar movimentos espontâneos e apropriar-se das sensações correspondentes a esta etapa inicial da vida.

O autor ainda acrescenta (2000a, p. 403):

[...] se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações de intrusão [...]. A falha materna provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o “continuar a ser” do bebê. O excesso de reações não provoca frustração, mas uma ameaça de aniquilação.

Quando a mãe tem um ambiente favorável e consegue dedicar-se ao bebê e identificar-se com ele, Winnicott (1982) acredita que a alimentação desta criança constitui-se uma das partes mais importantes de uma relação entre dois seres humanos. Neste momento, a mãe e o recém-nascido estariam prontos para unirem-se pelos laços de amor, conhecerem-se e, em seguida, aceitarem os riscos

emocionais envolvidos nesta relação. Ao confiarem um no outro e a entenderem-se mutuamente, a alimentação começa a cuidar de si própria.

Nas palavras do autor (1982, p. 33):

Se a relação entre a mãe e o bebê teve início e está se desenvolvendo naturalmente, então não fazem falta quaisquer técnicas alimentares nem o estudo de toda a espécie de investigação; os dois juntos, mãe e filho, sabem melhor o que está certo do que qualquer pessoa estranha. Em tais circunstâncias, um bebê tomará a porção exata do leite no ritmo adequado e saberá quando tem que parar. Todo o processo físico funciona precisamente porque a relação emocional está desenvolvendo naturalmente.

O fornecimento de um ambiente suficientemente bom nas fases iniciais da vida do bebê capacita-o a existir, ter experiências, dominar instintos, a constituir um eu e a confrontar-se com as dificuldades inerentes à vida. A existência de falhas nesta etapa inicial contribui para que o bebê sinta uma ameaça de aniquilação, recorra a mecanismos de defesa primitivos e os elementos constitucionais tendem a anularem-se (WINNICOTT, 2000a).

Silva (2003) mostra que o referencial teórico de Winnicott a respeito da concepção do psiquismo e do papel da mãe neste processo articula-se com os estudos sobre o fenômeno da transgeracionalidade.

A mesma autora diz o seguinte (2003, p. 33):

A mãe está presente na relação com o bebê não só como mãe, mas como mãe, avó, bisavó, com toda sua história de relações, com as questões do meio ambiente em que ela viveu e a questão cultural, compondo o próprio cuidado materno.

O cuidado materno, e conseqüentemente a construção do vínculo que se estabelece pela dupla mãe-filho, pode receber influência de conteúdos emocionais não elaborados, denominados de objetos transgeracionais, que são transmitidos através das gerações por mecanismos de identificação, em especial pela identificação projetiva como aponta Silva (2003). Para a autora, a identificação projetiva corresponde à comunicação de emoções e identificações entre a mãe e o bebê e vice-versa. Neste mecanismo, o objeto será incorporado pelo mundo psíquico sem possibilidade de ser transformado e conseqüentemente, pode paralisar e interditar a constituição de uma estrutura mental própria e autônoma.

1.1.4 As transmissões psíquicas

O conceito transmissão psíquica tem sido pensado há tempo. Em algumas de suas principais obras Freud (1976a) dá sinais de interesse sobre o tema apesar de não ter utilizado o termo especificamente. Em “Totem e Tabu” (1976a), ele retoma o debate sobre o que pertence a ordem do inato e do adquirido, lançando a questão sobre a transmissão entre gerações, incluindo a transmissão do tabu, do crime e da culpa. Ainda neste artigo, o autor discorre sobre um inconsciente formado pela transmissão do recalçamento que contém objetos perdidos, lutos e segredos que não puderam ser simbolizados e são transmitidos de geração em geração.

Com a obra “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1976b) chama a atenção para a influência do narcisismo parental na formação do psiquismo da geração precedente tornando-se responsável pela continuidade da vida psíquica entre as gerações. O investimento dos pais na criança a torna depositária de seus desejos insatisfeitos e projetos não-realizados marcando as condições do nascimento psiquismo desta criança.

Ele ainda afirma, em “Psicologia de Grupo” e “Análise do Ego” (Freud, 1976c), que todo o processo de transmissão num grupo ocorre pela identificação² considerando, contudo, que o material transmitido psiquicamente possa se transformar ou manter-se igual.

Kaës (2001b) analisa os objetos, desafios e problemáticas da transmissão psíquica e identifica quatro instâncias de investigação: transmissão intrapsíquica, intersubjetiva, transpsíquica e formação do Ego.

A transmissão intrapsíquica tem como objeto de estudo conhecer o material interno transmitido na realidade psíquica que se dá pela “passagem da vigília para o sonho, do Inconsciente para o Pré-Consciente, do Pré-Consciente para o Consciente, dos pensamentos latentes para o relato manifesto (...)” (KAËS, 2001b, p. 30). São sonhos, associações e representações pertencentes à realidade psíquica.

² Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações”. LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. Tradução Pedro Tamen. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

A análise da transmissão intersubjetiva envolve a compreensão da intersubjetividade do sujeito em suas relações imaginárias, simbólicas e reais originadas no grupo familiar. São os vínculos, laços de identificação, interditos, representação sobre diferença entre sexos e as gerações. Sua análise deve considerar as formações intersubjetivas primárias – vínculos intersubjetivos - o espaço e os vínculos que formam a realidade psíquica – interditos e identificações - e o Complexo de Édipo (KAËS, 2001b). É uma transmissão que ocorre entre os sujeitos e tem a possibilidade de mudança, transformação e simbolização dos seus conteúdos.

Silva (2003) identifica o conteúdo da herança intersubjetiva, denominada por ela de intergeracional, como aquela que envolve vivências psíquicas elaboradas entre os pais e a geração precedente. São conteúdos transformados e simbolizados.

A transmissão transgeracional implica na inexistência do limite e do espaço subjetivo permanecendo apenas a exigência do narcisismo. São elementos que se transmitem através dos sujeitos e não entre eles, perpetuando segredos e lutos que dificultam a transformação e a simbolização (KAËS, 2001b).

Para Silva (2003) o fenômeno da transmissão transgeracional caracteriza-se por uma herança de material psíquico que atravessa gerações sem ter podido ser transformado, modificado e simbolizado. São experiências psíquicas carregadas de elementos enlutados e traumatizantes.

A formação do Ego refere-se à instância psíquica intermediária que assume importante posição no processo de transmissão (KAËS, 2001b).

A observação destes estudos aponta que, na transmissão, existem objetos transformáveis que formam a base e a matéria psíquica da história familiar e outros não transformáveis que impedem as gerações de desenvolverem-se criativamente.

Atualmente, o campo de pesquisa sobre a transmissão psíquica vem se desenvolvendo originado principalmente da confrontação clínica “com organizações ou estruturas psicóticas, borderline ou narcísicas” (KAËS, 2001a, p. 14).

Os estudos da clínica psicanalítica apontam para a transmissão destas heranças psíquicas na forma de fenômenos transgeracionais, ou seja, os conflitos não resolvidos pelos pais das crianças com seus respectivos pais interiorizados podem ser reeditados nas pessoas dos filhos. Tais fenômenos interferem no desenvolvimento emocional do indivíduo, interditando o psiquismo ou promovendo o enlouquecimento (SILVA, 2003; ZIMERMAN, 1999).

1.2 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares, entre eles, a anorexia e a bulimia nervosas vêm despertando crescente interesse entre os profissionais da saúde e da sociedade. Estudiosos reconhecem o aumento na incidência desses transtornos e as dificuldades associadas com seu curso e tratamento (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; NUNES; ABUCHAIM, 1995).

Caracterizado inicialmente como um distúrbio predominante dos países desenvolvidos, onde as características econômicas e socioculturais poderiam favorecer seu desencadeamento, os transtornos alimentares também aparecem nos países em desenvolvimento (RIBEIRO et al., 1998).

Porém, tem se observado que o perfil dos portadores de transtornos alimentares não se restringe às adolescentes do sexo feminino, raça branca e com alto nível social. O diagnóstico de adolescentes do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes e nível sócio econômico cultural baixo têm sido cada vez mais frequente (BORGES et al., 2006).

Nielsen (2001) realizou extensa revisão de estudos epidemiológicos sobre os transtornos alimentares e estima que, entre mulheres, a incidência de anorexia nervosa é de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. Já a incidência de bulimia nervosa, segundo este autor, é de 13 por 100 mil indivíduos.

Klein e Walsh (2004) referem que os transtornos alimentares atingem principalmente mulheres numa prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20.

Borges et al. (2006) referem que esta prevalência pode variar ao se considerar as síndromes parciais, ou seja, pacientes que não apresentam todos os critérios como amenorréia e a perda de peso não ser tão intensa quanto esperado.

1.2.1 Definição, etiologia e tratamento

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizados por graves alterações do comportamento alimentar, podendo levar a grandes prejuízos biológicos, sociais e psicológicos, além do aumento de morbidade e mortalidade (BORGES et al., 2006).

A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso como conseqüência de uma dieta extremamente restritiva, busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. Os sinais clássicos decorrentes da desnutrição são: penugem fina sobre a pele, pele seca e amarelada, diminuição da pressão arterial, bradicardia, bradipnéia e inchaço de pernas e pés (BIGHETTI et al., 2007).

Existem dois tipos de anorexia nervosa: restritivo e purgativo. No tipo restritivo o paciente recorre a comportamentos alimentares restritivos, ou seja, diminui consideravelmente a quantidade ingerida de alimentos. Já no tipo purgativo, acontecem episódios de compulsão alimentar, seguido de atitudes compensatórias como vômitos auto induzidos e o uso de laxantes, diuréticos ou enemas.

A bulimia nervosa pode ser definida por surtos de ingestão maciça de alimentos, seguidos por comportamentos compensatórios de eliminação, por vômitos, uso abusivo de laxantes, diuréticos e atividade física excessiva. A ingestão incontrolável dos alimentos remete a sentimentos de culpa, vergonha e depressão pela falta de controle (RIBEIRO et al., 1998).

De acordo com Bighetti et al. (2007), os pacientes com bulimia nervosa têm peso normal ou até apresentam sobrepeso. Entre os sinais clínicos decorrentes da prática de indução de vômitos estão: dentes gastos, hipertrofia das glândulas salivares e bradicardia, hipopotassemia e em alguns casos, em virtude do excesso de atividade física, podem ocorrer danos aos músculos e ligamentos.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) estabeleceu critérios clínicos para o diagnóstico desses transtornos. De acordo com o manual, os critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa são os seguintes:

I - Recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para a idade e altura

II - Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do peso ideal

III - Distúrbio da imagem corporal

IV - Amenorréia em mulheres pós-menarca (ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos).

Para a bulimia nervosa, esta mesma instituição - DSM IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) define os seguintes critérios:

I - Episódios recorrentes de compulsão alimentar, que pode ser caracterizado por: a) comer, em período de duas horas, grande quantidade de alimentos; b) sentimento de perda do controle alimentar, durante o episódio.

II - Comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso: vômitos auto induzidos, abuso de laxativos, diuréticos, enemas ou outras drogas, jejum ou exercícios excessivos.

III - A compulsão alimentar e comportamentos compensatórios ocorrem duas vezes/semana, por, pelo menos, três meses.

IV - Preocupação excessiva com a forma corporal e o peso.

V - O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

O diagnóstico diferencial para a anorexia deve excluir algumas situações como doenças gastrintestinais e consumptivas, síndrome da artéria mesentérica, quadros depressivos ou esquizofrênicos. No caso da bulimia, o diagnóstico diferencial exclui anorexia nervosa compulsivo/purgativo, depressão e distúrbios de personalidade.

Appolinário e Claudino (2000) consideram a inter-relação de fatores biológicos, psicológicos e sociais para explicar a origem e a manutenção dos transtornos alimentares.

Bighetti et al. (2007) também partem de um modelo multifatorial e citam fatores genéticos, socioculturais e familiares como responsáveis pela etiologia dos transtornos alimentares.

Oliveira e Santos (2006) referem que estes fatores concorrem para a predisposição, instalação e manutenção dos transtornos alimentares.

Para Morgan et al.(2002) podem-se destacar entre os fatores predisponentes os seguintes aspectos: a história de transtorno alimentar e (ou) de transtorno do humor na família, os padrões de interação presentes no ambiente familiar, o

contexto sociocultural, caracterizado pela extrema valorização do corpo magro, disfunções no metabolismo das monoaminas centrais e traços de personalidade. Para a autora, a dieta é o comportamento precursor que geralmente antecede a instalação de um transtorno

Cobelo (2004) acredita que, além da forma como a família organiza sua rotina alimentar, a relação que ela estabelece com a alimentação tem um papel fundamental nos riscos para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

Evidências preliminares indicam que padrões vinculares disfuncionais precoces na díade mãe-filho podem contribuir para a etiologia dos transtornos alimentares. Da mesma maneira, a preocupação materna quanto ao valor da forma corpórea, da atividade física e da alimentação saudável, podendo relacionar-se a tendências a controlar o consumo alimentar dos filhos, também influencia na gênese de sintomas alimentares (MORGAN; CLAUDINO, 2005).

Alguns estudiosos enfatizam as perturbações em fases primitivas do vínculo mãe e bebê como desencadeantes dos transtornos alimentares. Outros consideram as dificuldades da mãe em perceber intuitivamente as necessidades do bebê, assim como ausência de respostas apropriadas, regulares e consistentes por parte da mãe. Para outros autores, as famílias que evitam conflitos, são perfeccionistas, superprotetoras, aglutinadas (pouca diferenciação entre os membros) e que apresentam preocupação excessiva com dietas e peso podem interferir no desenvolvimento da doença ou na sua manutenção (BRUCH, 1978; LOFRANO; LABANCA, 1995; MINUCHIN; ROSMAN; BAKER, 1978).

O diagnóstico e o tratamento desses quadros, em decorrência das complicações clínicas e emocionais serem variadas e potencialmente graves, devem ser realizados precocemente por uma equipe multi e interdisciplinar a fim de obter resultados mais satisfatórios. O tratamento deve envolver a unidade paciente-família e, de acordo com a modalidade terapêutica, o atendimento deve ser individual ou em grupo (BIGHETTI et al., 2007).

Segundo os autores citados anteriormente, o seguimento nutricional e a orientação alimentar ao portador de anorexia nervosa deve ter como meta a reabilitação nutricional associada à negociação constante com o paciente. O respeito aos seus limites quanto à aceitação da proposta assim como a compreensão da resistência são fundamentais no tratamento. No caso da bulimia

nervosa, o seguimento nutricional e a orientação alimentar incluem o planejamento alimentar e o fracionamento das refeições.

O tratamento psicológico consiste no fortalecimento dos esquemas de autonomia pessoal e na busca pela individuação. Utiliza-se como estratégia a psicoterapia individual, a psicoterapia em grupo e a psicoterapia familiar. Recorre-se à medicação psicotrópica como fator coadjuvante no tratamento dos transtornos alimentares.

Bighetti et al. (2007) ressaltam que, por serem fenômenos clínicos multidimensionais, a eficácia do tratamento só é possível quando se respeitam as diferenças interprofissionais e busca-se compreender a diversidade de pontos de vista tão amplos, mas, ao mesmo tempo, complementares.

1.2.2 As heranças e o transgeracional

Devido à sua complexidade, pesquisas estão sendo desenvolvidas sobre o padrão de herança genética como etiologia desses transtornos a partir da integração de múltiplos genes com o meio ambiente, diferentemente do padrão mendeliano, em que a doença é causada por um único gene. No entanto, a vulnerabilidade genética pode não ser suficiente para causar a doença.

Estudos com gêmeos que apresentam transtornos alimentares demonstraram que uma considerável parcela do padrão de transmissão familiar observado é devida a efeitos genéticos aditivos. Tais estudos estimam que a herdabilidade da anorexia nervosa esteja entre 33 e 84%, ao passo que a da bulimia nervosa se situa entre 28 e 83%. O restante da variância genética dos dois transtornos pode ser atribuído aos fatores ambientais específicos e individuais e a uma pequena influência dos fatores ambientais compartilhados (BULIK; TOZZI, 2000). Muitos traços e sintomas de transtornos alimentares também apresentam componentes herdados como, por exemplo, episódios de compulsão alimentar, vômitos auto-induzidos, impulso para a magreza, restrição alimentar e desinibição (SCHIMIDT, 2003).

Ao mesmo tempo em que a genética tem desenvolvido estudos para compreender a complexidade dos transtornos alimentares os estudos sobre a dinâmica familiar na clínica psicanalítica apontam para uma transmissão de

heranças psíquicas na forma de fenômenos transgeracionais. Eles se manifestam em transtornos emocionais graves nas quais os transtornos alimentares podem ser incluídos (KAËS, 2001a; MIRANDA, 2003; SILVA, 2003; ZIMERMAN, 1999).

Miranda (2004) considera estes transtornos como o protótipo da configuração ilógica do inconsciente, expressões ilustrativas da dinâmica profunda da mente perturbada por culpas e penitências. O material clínico dos atendimentos com pacientes portadores de transtornos alimentares e seus familiares sugere a existência de enredos que se misturam pelo discurso da dupla mãe-filha e os conflitos pertencentes à geração anterior tendem a se repetir. Histórias rejeitadas pelas mães, guardadas no “porão de suas mentes”, lutos não elaborados, segredos, traumas, silêncios parecem encontrar um terreno fértil no psiquismo de suas filhas caracterizando um processo de transmissão psíquica entre as gerações.

A respeito desta transmissão, Silva (2003) traz que em casos de transtornos emocionais graves observa-se que o *self* destes pacientes é habitado por conteúdos inconscientes que pertencem a outra geração impedindo o desenvolvimento de um psiquismo próprio.

Nas palavras da autora (2003, p. 29) “esses pacientes funcionavam como hospedeiros de uma história inconsciente de outras gerações que não lhes pertencia [...] como um corpo sem um si mesmo, ausente de si, confuso, enlouquecido”.

Faimberg (2001) procura compreender a transmissão transgeracional pelo mecanismo de identificação. A autora propõe o conceito de “identificação alienada ou clivada” na qual o narcisismo dos pais exerce as funções de apropriação e intrusão sobre o psiquismo dos filhos. A autora explica que estas funções são características da regulação narcísica do objeto, pois expressam o amor e o ódio narcísico. Na função de apropriação, os pais internos identificam-se com o que há de positivo em seus filhos e apropriam-se desta identidade. Na função de intrusão expulsam no filho o que rejeitam em si então (p. 81):

[...] o filho é odiado não só porque é diferente, mas, sobretudo (e paradoxalmente) porque sua história será comum a história de seus pais, e a tudo o que eles não aceitam em sua regulação narcísica. Não há espaço psíquico para que a criança desenvolva sua identidade livre do poder alienante do narcisismo dos pais.

Ela ainda acrescenta que há pelo menos três gerações envolvidas neste tipo de identificação e assim, os pais não são os únicos protagonistas dessa relação, mas estão, por sua vez, inscritos inconscientemente em seu próprio sistema familiar.

O regime narcísico das funções de apropriação e intrusão força a geração seguinte a uma adaptação alienante na qual há a transmissão de uma história que não lhe pertence, mas habita-lhe a mente impedindo qualquer possibilidade de desejo e existência de um mundo mental próprio.

Para Ribeiro (2009) quando a mente da mãe armazena conteúdos indisponíveis ao acesso, os filhos podem assumir a ingrata tarefa de cuidar deste material alienado. Pelo fato de mãe e filha pertencerem ao mesmo gênero e linhagem feminina isto pode contribuir para os processos de identificação acontecerem. Assim, os sonhos da mãe para a vida de sua menina podem ter como peculiaridades que esta filha realize o que foi frustrante na vida da mãe não havendo diferenciação psíquica entre elas.

Miranda (2009) observa a existência de uma herança transgeracional nos transtornos alimentares na qual existe uma história passional de paixões, ódios, dependência, medo e raiva desta dependência que, ao mesmo tempo, nutre a relação.

Nestes enredos não existem vítimas ou algozes e sim tristeza e desencontro. Sentimentos de dor e frustração que atravessaram pelo menos três gerações e não encontraram possibilidade para serem elaborados. Assim, mãe e filha ficam impedidas de construir um novo capítulo em suas mentes e com isso, não podem ser reconhecidas em suas individualidades.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A partir da minha inserção como psicóloga no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP), percebi que a relação que as mães têm com sua própria alimentação, suas crenças, valores, afeto e lembranças assumiam um lugar importante em suas falas, mas muitas vezes parecia não haver espaço mental para estas questões serem pensadas e simbolizadas frente à angústia e pavor com que chegavam ao serviço frente ao transtorno alimentar de suas filhas.

Foi com base nestas percepções que busquei investigar e compreender o significado da alimentação para estas mães. A partir desta minha inquietação e da observação de fenômenos de indiferenciação evidentes nas relações entre mães e filhas procurei elementos teóricos que pudessem me auxiliar. As histórias que estas mães traziam referentes à sua alimentação, as tentativas compensatórias e de transformação da própria vivência aproximaram-me do referencial teórico sobre as heranças psíquicas e a transmissão transgeracional.

No entanto, o conhecimento e os estudos voltados para as possíveis transmissões dos fenômenos transgeracionais nos transtornos alimentares ainda não estão suficientemente conhecidos e documentados. Diante desta constatação, o presente estudo visa compreender este fenômeno ao considerar as experiências alimentares destas mães.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Compreender o significado da alimentação de mães com filhas portadoras de transtornos alimentares, sob a ótica da transgeracionalidade.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Conhecer os aspectos históricos da alimentação destas mães;
2. Conhecer as atitudes, valores e sentimentos delas frente à alimentação;
3. Identificar se, em algum momento de suas vidas, estas mães tiveram dificuldades com a alimentação.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, que descreve as características de um grupo, fato, ambiente ou fenômeno por meio de entrevistas e observações (MARCONI; LAKATOS, 2007) enquadrando-se dentro de uma abordagem metodológica qualitativa.

Nessa abordagem, conforme descrito por Minayo (2007), a preocupação é com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes do indivíduo. Esta compreensão, em concordância com a autora, permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como construções humanas significativas, ampliando o entendimento tanto das experiências coletivas quanto subjetivas.

Biasoli-Alves e Romanelli, (1998) definem a metodologia qualitativa como a abordagem capaz de apreender significados em todo ato humano, ou seja, tanto nas falas quanto nos comportamentos observáveis sem o objetivo de atingir o limiar de representatividade.

A abordagem qualitativa foi escolhida para o desenvolvimento deste trabalho por ter como universo de investigação o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que a vivenciam (MINAYO, 2007).

Sendo assim, a coleta, a sistematização e a análise dos dados sob este enfoque foram capazes de subsidiar a compreensão dos sentidos produzidos pelas mães que constituíram o universo da pesquisa.

4.2 Campo de pesquisa e colaboradores:

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA – HCFMRP/USP) foi escolhido

como campo de para esta investigação. Este serviço começou suas atividades no início dos anos 80 pela Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica. Nesta época surgiu a necessidade de formar uma equipe multidisciplinar para melhor identificação do diagnóstico e planejamento do tratamento dos transtornos alimentares que, inicialmente, contou com um médico nutrólogo, psiquiatra e posteriormente uma nutricionista (DOS SANTOS, 2006).

Em abril de 2001, o GRATA – HCFMRP/USP, em parceria com o Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia Clínica (NEPP) da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP/USP) criou o grupo de apoio psicológico aos familiares de portadores de transtornos alimentares. Esta iniciativa foi inspirada em uma experiência pioneira de grupo coordenada por dois psiquiatras voluntários no período de 1995 a 1998 (BÓ; BARBOSA, 1999; SANTOS et al., 2002).

Desde então, a equipe profissional é formada por um médico residente da nutrologia, uma médica psiquiatra, quatro nutricionistas, cinco psicólogos, uma terapeuta ocupacional além de estagiários da psicologia e nutrição que atuam diretamente junto aos atendimentos ou como observadores.

O GRATA – HCFMRP/USP realiza atendimentos em grupo e individual para pacientes e seus familiares. Na modalidade dos grupos, têm-se os grupos de orientação aos familiares, de apoio Psicológico aos familiares e de apoio psicológico aos pacientes. Os grupos são do tipo aberto, semanais com duração de uma hora, inclui apenas adulto (indivíduos acima de 18 anos) e são vinculados ao dia do retorno ambulatorial. As consultas com as nutricionistas e médicos são individuais, além da psicoterapia.

No ano de 2008 estavam em atendimento no ambulatório 25 pacientes com transtornos alimentares, todos do sexo feminino. Em média, oito pacientes eram atendidas por semana, porém a frequência no grupo de apoio psicológico aos familiares era de três a quatro familiares por semana, sendo a maioria mães de pacientes com anorexia nervosa. Neste ano a presença dos familiares não era obrigatória.

O grupo de apoio psicológico aos familiares tem por objetivo oferecer um espaço de interação e acolhimento de emoções advindas da convivência com o filho doente. Dessa forma, cria-se um espaço de aprendizagem e desenvolvimento pessoal aos seus participantes, além de instituir novas perspectivas para a compreensão das especificidades dos transtornos alimentares, das relações afetivas

daquela família e da importância do seu envolvimento na recuperação dos seus filhos (MOURA, 2007).

O número de colaboradoras que compôs o quadro de entrevistas para o presente estudo foi de cinco mães de pacientes com anorexia nervosa em tratamento no GRATA–HCFMRP/USP e que frequentaram o grupo de apoio psicológico a familiares no ano de 2008.

4.3 Procedimento para coleta de dados

4.3.1 Coleta de dados

As mães foram convidadas pessoalmente a participar deste estudo e, aquelas que concordaram, formalizaram sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e foram realizadas em uma sala disponibilizada para o estudo, garantindo a privacidade necessária para este procedimento. Elas foram audiogravadas, utilizando-se um aparelho de fita K7 e posteriormente transcritas integralmente para melhor compreensão dos dados coletados.

Com a observação participante e as anotações em diário de campo foram descritas todas as informações que não fizeram parte dos registros das entrevistas formais. A combinação destes instrumentos possibilitou o registro de conversas informais, comportamentos, crenças, hábitos, expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa, ou seja, possibilitou o registro das representações sociais (MINAYO, 2007).

O contato das mães com a pesquisadora, que atua também como coordenadora do Grupo de Apoio aos Familiares pode ter contribuído para a reação positiva e a disponibilidade das mães em participar do estudo. Elas assumiram uma postura receptiva durante toda a fase de coleta de dados e esforçaram-se para relembrar experiências pessoais que consideravam esquecidas.

Em 2008, realizou-se um estudo piloto com a finalidade de adequar as questões a serem apresentadas às participantes do estudo, assim como avaliar o tempo necessário para cada entrevista. Considerado satisfatório, este estudo, realizado com uma colaboradora, também foi utilizado como material para a análise de dados.

O período de coleta de dado foi de três meses (Março a Maio de 2009). O encerramento se deu a partir do momento em que se identificou que a qualidade e a quantidade das informações eram suficientes para construir padrões simbólicos, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão e as recorrências atingiram o que se convencionou chamar de "ponto de saturação" (DUARTE, 2002; MINAYO, 2007).

A construção de categorias temáticas deu-se pelo fato de muitas informações terem sido coincidentes. No entanto, as particularidades da história de cada colaboradora, assim como o momento de vida em que a entrevista ocorreu foram levadas em consideração no momento da análise numa postura de respeito às diferenças e individualidade de cada uma delas.

4.3.2 Instrumentos utilizados

De acordo com os propósitos do presente estudo foi escolhida uma combinação de observação participante dos grupos de apoio psicológico aos familiares com registros em diário de campo e entrevista semi-estruturada. Tais instrumentos foram considerados privilegiados para a interpretação do processo social a partir das pessoas envolvidas uma vez que consideram as experiências subjetivas como dados importantes para a investigação (MINAYO, 2007).

Para a realização desta pesquisa pareceu pertinente utilizar um roteiro baseado na modalidade história de vida tópica. De acordo com Thomson (1992, p.185):

[...] a construção e a narração da memória do passado, tanto coletiva quanto individual, constitui um processo social ativo que exige ao mesmo tempo engenho e arte (...). Nisto, as narrativas são utilizadas, acima de tudo, para caracterizar as comunidades e os indivíduos e para transmitir suas atitudes.

As questões foram direcionadas para os seguintes temas: história da alimentação das mães desde a infância até o período atual; crenças, valores e sentimentos envolvidos neste processo; dificuldades alimentares em algum período; alimentação da família (rotinas, hábitos); importância da alimentação; crenças sobre o desenvolvimento do transtorno alimentar na filha. O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice B.

No início da entrevista foi realizado um levantamento do perfil sociodemográfico das participantes tais como: idade, profissão, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos, sexo e idade dos mesmos. As informações referentes ao tempo de doença, ao diagnóstico e ao tratamento das filhas dessas mães também foram obtidas por revisão dos prontuários médicos.

Biasoli-Alves e Romanelli (1998) afirmam que por meio da entrevista, têm-se informações sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento fornecendo novas fontes de interpretação dos resultados, uma vez que os dados vão além da descrição de ações.

4.4 Questões Éticas

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por se tratar de uma investigação com seres humanos, tendo sido aprovado de acordo com o protocolo nº 12114/2007 - (ANEXO A).

Após o aceite das mães em participar do estudo foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) elucidando-lhes a impossibilidade de identificação dos participantes, a garantia do sigilo sobre o conteúdo da conversa, a participação voluntária, a possibilidade de desistência sem prejuízo do tratamento da filha, o uso do gravador durante a entrevista e outras dúvidas que surgiram.

4.5 Análise dos dados

Inicialmente foram descritos os dados sociodemográficos dos colaboradores. Em seguida, as entrevistas foram transcritas na íntegra e após esse procedimento, realizou-se a análise de conteúdo temática. Esta análise trabalha com o universo de significados motivos e crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

De acordo com Minayo (2007), a primeira etapa desta análise consiste em um processo de pré-análise cumprindo os seguintes momentos:

- leitura flutuante dos dados a fim de promover o contato do pesquisador com o material de campo;
- constituição do corpus na tentativa de responder as normas de validade da análise qualitativa que são: exaustividade, homogeneidade e pertinência;
- formulação e reformulação de hipóteses e objetivos a fim de retomar a fase exploratória e com isso possibilitar a correção de conceitos interpretativos e abrir novos questionamentos.

A segunda etapa da análise temática consistiu na exploração do material no qual o conjunto de informações coletadas foi organizado com o intuito de obter núcleos de sentido ao material, ou seja, procurou-se encontrar categorias que pudessem reduzir o texto em expressões e palavras significativas.

A terceira etapa caracterizou-se pelo tratamento dos dados obtidos e a interpretação, que no caso desta pesquisa, adotou o referencial teórico da psicanálise contemporânea sobre herança psíquica e transgeracionalidade com a finalidade compreender as narrações obtidas por estas mães a respeito das suas experiências com a alimentação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, iniciou-se uma revisão crítica da literatura buscando aporte teórico para compreendê-los. Assim, num primeiro momento, serão apresentados os dados sociodemográficos das colaboradoras e posteriormente, a caracterização e as impressões da pesquisadora, seguido dos temas e subtemas encontrados.

5.1 Caracterizações das colaboradoras:

O quadro abaixo mostra a descrição das mães entrevistadas de acordo idade, profissão, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos, sexo e idade dos mesmos. Também foi feito registro sobre o tempo de doença e de tratamento da filha, sua idade, o diagnóstico. Com a finalidade de preservar o sigilo das colaboradoras e de seus familiares, os nomes descritos no quadro abaixo foram substituídos por pseudônimos nos quais, cada colaboradora e família foram apresentadas por uma letra do alfabeto.

NOME	ALICE	BRUNA	CARINA	DEBORA	EDI
IDADE	43	66	47	43	42
PROFISSÃO	DIARISTA	APOSENTADA	DO LAR	DO LAR / DOCEIRA	COSTUREIRA
ESTADO CIVIL	CASADA	DIVORCIADA	DIVORCIADA	CASADA	CASADA
ESCOLARIDADE	1° GRAU COMPLETO	1° GRAU INCOMPLETO	2° GRAU COMPLETO	2° GRAU COMPLETO	1° GRAU INCOMPLETO
NUMERO DE FILHOS, IDADE E SEXO	2 M 21 F 20	3 F 48 F 45 M 35	3 M 26 M 24 F 20	2 M 21 F 17	2 F 23 M 19
DIAGNOSTICO	AN - R	AN - R	AN - B	AN - R	AN - R
TEMPO DE TRATAMENTO (EM ANOS)	4	15	2	2	13
IDADE NA ÉPOCA DO DIAGNOSTICO (EM ANOS)	16	30	18	15	16

Quadro 1 – Descrição sociodemográfica das colaboradoras do estudo. Ribeirão Preto, 2010

Acredita-se ser pertinente para a análise dos dados apresentar a contextualização familiar destas colaboradoras assim como as impressões da pesquisadora durante as entrevistas e as observações participantes. Estas impressões podem contribuir para a compreensão dos sentimentos, emoções, pensamentos e lembranças que se manifestaram provavelmente da relação transferencial estabelecida entre as mães e a pesquisadora. As informações abaixo se referem ao ano de 2009, período em que a coleta de dados foi realizada. Contudo, os dados da colaboradora que participou do estudo piloto pertencem ao ano de 2008.

Alice tem 43 anos, é casada com Amauri, com quem teve dois filhos: Arthur e Amanda. Amauri é trabalhador rural e Alice trabalha como diarista para auxiliar nas despesas da família, que se encontra em situação financeira difícil. Arthur está empregado.

Amanda está com 20 anos é estudante universitária e trabalha para ajudar nas despesas dos seus estudos. Tem o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo e no ano de 2008, apresentou estado emocional satisfatório e desnutrição moderada. Está no serviço há quatro anos.

Alice frequenta o grupo de apoio aos familiares regularmente durante os retornos ambulatoriais da filha que aconteciam a cada cinco semanas, em média, e mostrava-se envolvida no tratamento da mesma.

Impressões da pesquisadora:

Alice foi receptiva em participar do estudo. Enquanto caminhávamos até a sala para a entrevista contou-me sobre sua viagem até Ribeirão Preto. Também disse que não poderia deixar a filha muito sozinha e que antes de ir embora precisava “comer alguma coisinha” (sic). Durante este percurso, contou-me sobre sua cidade numa atitude que me pareceu bastante amistosa.

Durante a entrevista percebi sua preocupação em dar-me respostas corretas, ela parecia um pouco agitada. Mexeu muito na bolsa para procurar um documento. Quando atenta-se para a possibilidade da filha ter saído da consulta, fica muito ansiosa e pede para continuar num outro momento. Informei-lhe que já estávamos no final e, então ela concordou em terminar a resposta que estava elaborando.

Mostra dificuldade em diferenciar-se da filha e falar de si mesma. Parece sentir necessidade de controlar a filha, especialmente, como forma de manter sua função de cuidadora. Isto tem lhe provocado um estado intenso de angústia e ansiedade diante da recuperação da filha. Ao terminar, pediu para continuar a entrevista no próximo retorno, pois queria contar sobre a amamentação da filha. Eu retomei o objetivo da pesquisa, que era compreender a sua história alimentar. Ela fez uma expressão de surpresa como se sua história, antes da doença da filha, precisasse ser esquecida.

Tivemos uma entrevista num outro momento. Foi uma conversa de cerca de vinte minutos. Desta vez percebi que ela estava preocupada por ter faltado no dia em que marcamos a outra entrevista e parecia ansiosa para me dar explicações. Neste segundo contato, Alice estava mais a vontade para falar de si. Percebi que o intervalo entre uma entrevista e outra parece ter construído um espaço psíquico em Alice para poder pensar um pouco mais sobre sua história alimentar.

Bruna está com 66 anos. Aposentou-se como costureira e é responsável pelas despesas da casa desde a separação do marido, que aconteceu quando as filhas eram pequenas. Ela é mãe de Brenda, Bianca e Breno. Mora com Bianca e ajuda nos cuidados com o neto, que passa a maior parte do dia sob sua responsabilidade. Atualmente Bianca ajuda nas despesas da casa.

Bianca está em tratamento há quinze anos com o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo. Voltou a morar com a mãe após o transtorno alimentar. Em 2009, apesar da desnutrição grave, apresentou progressos em seu estado nutricional além de conquistas psico-sociais importantes diante das dificuldades que apresentava até então.

Bruna tinha uma freqüência semanal no grupo, mas, diante da melhora da filha, participou do grupo apenas nos retornos ambulatoriais que ocorriam a cada três semanas.

Impressões da pesquisadora:

Bruna parecia estar a vontade para participar do estudo e conta a história sobre sua alimentação como um resgate das próprias lembranças infantis narradas

num esforço para expressar emoção e ser menos racional, modo como se apresenta normalmente.

Durante a entrevista percebi que, ao narrar suas histórias, Bruna usava tempos verbais como se aquele fato estivesse acontecendo no exato momento da sua fala, ou seja, ela parecia reviver emocionalmente estas lembranças no tempo presente. Traz constantemente a história da alimentação da filha vinculada à sua revelando uma indiferenciação que interfere diretamente na relação afetiva que construiu com a filha.

Carina tem 47 anos e é dona de casa. Separou-se do marido com quem teve três filhos: Cícero, César e Carla. Mora com a filha e com um dos filhos. Ambos trabalham e contribuem nas despesas da casa.

Carla está com 20 anos. Tem diagnóstico de anorexia nervosa do tipo bulímico com início há dois anos. Está em tratamento no serviço há um ano. Em 2009 apresentou desnutrição leve e estado emocional satisfatórios com recuperação de peso e resgate de atividades sociais.

Apesar de manifestar necessidade de frequentar o grupo mais ativamente, a presença de Carina, limitou-se aos dias de retornos ambulatoriais da filha que eram a cada três semanas.

Impressões da pesquisadora:

Carina revelou atitude bastante contraditória durante a entrevista. Apesar de ter aceitado prontamente participar do estudo mostrou-se, no decorrer da entrevista, muito racional e pouco envolvida. Fiquei com a impressão que desejava mostrar a mim que tudo estava muito bem na sua história e que, portanto, não era algo necessário de ser investigado. Tentou demonstrar uma atitude de controle sobre seus sentimentos e adversidades com filha. O afeto com a filha parecia estar cercado por sentimentos ambivalentes.

Durante todo o tempo da entrevista senti que suas respostas eram racionalizadas e pareciam ser de um discurso pronto. A dificuldade da filha em se alimentar apareceu em sua fala sem muita emoção. Num determinado momento Carina manifestou estar com fome. Senti-me ansiosa com este comentário que foi exposto num momento em que falávamos de afetos. Tomei o cuidado para

diferenciar a fome que ela referia do sentimento que também havia sido despertado em mim referente a uma fome de palavras e de emoção. Eu também estava sentindo que algo faltava, mas não era comida.

Débora tem 43 anos, é casada com Denis e mãe de dois filhos: Douglas e Daine. O marido é o provedor da casa, mas ela auxilia nas despesas fazendo doces e salgados para fora, atividade que lhe proporciona muito prazer.

Denise está com 17 anos, há dois anos recebeu o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo e faz tratamento no serviço há um ano e sete meses. Em 2009, Denise apresentou desnutrição grave.

Débora participou dos grupos assiduamente em todos os retornos ambulatoriais da filha que aconteciam a cada três semanas.

Impressões da pesquisadora:

Débora apresentou atitude de muita fé em todas as suas ações e diante da doença da filha. Procurou encontrar nesta atitude, a vitalidade que necessitava para cuidar da filha. Evitou demonstrar sofrimento à filha. Ao mesmo tempo em que procurou protegê-la de dificuldades cotidianas, esforçou-se para permitir independência da filha num período de melhoria dos sintomas. Seu desejo de compreender e aceitar a experiência de adoecimento vivenciado pela filha parece ter proporcionado uma relação mais harmônica entre as duas, nestes meses. Percebi que no início da entrevista, Débora apresentou um pouco de dificuldade em lembrar-se de fatos da sua história. Tive a sensação, como ela mesma manifestou posteriormente, que muitos conteúdos vivenciados durante a sua infância não poderiam ser revividos emocionalmente, então ela dava respostas curtas e racionalizadas, sem muito envolvimento afetivo. No decorrer da entrevista, conseguiu lembrar de preferências alimentares, boas experiências com a mãe. Parecia que, recordar estes momentos, trouxe-lhe bons sentimentos. Quando falou sobre a dificuldade da filha em alimentar-se, emocionou-se e chorou. Tive, por alguns instantes, uma sensação de impotência muito forte. Percebi que esta entrevista estava mobilizando-a emocionalmente e procurei ouvir o que ela tinha a dizer sobre estes sentimentos, para, posteriormente retornar ao roteiro original. Neste momento, Débora encontrou possibilidade de olhar para suas necessidades,

sua condição de ser filha, mulher, mãe. Retomamos a entrevista com o roteiro original, porém ainda estava envolvida nas emoções despertadas no instante anterior. Percebi que já não conseguia dar respostas tão objetivas como no início, pode se emocionar. Terminado o roteiro, encerramos a entrevista. Ela, emocionada, parecia querer retomar sua postura racional a fim de encontrar a filha e não demonstrar sua dor.

Edi tem 42 anos, casada com Elder com quem teve dois filhos: Eduarda e Elton. O marido trabalha e ela complementa a renda familiar como costureira. Sua presença no grupo foi esporádica, pois só participava durante os retornos da filha ao ambulatório, que, em virtude de sua recuperação estavam mais espaçados com uma média de retornos a cada dois meses no ano de 2009.

A filha, Eduarda, está com 23 anos e tem o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo desde os 13 anos. Eduarda está em tratamento no GRATA há sete anos e atualmente apresenta estado nutricional e emocional estáveis e satisfatórios.

Impressões da pesquisadora:

Edi aceitou participar do estudo, porém questionou-me sobre o tempo da entrevista e pediu para iniciarmos após buscar um lanche para a filha. Na sala da entrevista preocupou-se com o lugar que eu sentaria, pois lhe ofereci a cadeira almofadada, na qual se acomodou. Ela mostrava-se disposta em participar da entrevista apesar de ter questionado se as perguntas não fariam mal a ninguém, demonstrando uma atitude bastante desconfiada. Percebi que esta entrevista dividiu-se em dois momentos. O primeiro, quando utilizei o roteiro proposto, suas respostas foram racionalizadas, focadas exatamente na alimentação com seu valor nutritivo. Foram poucos os momentos que relacionava algum tipo de afeto ao alimento. Quando, terminado o roteiro, abri um espaço para ela dizer algo que considerasse importante sobre a alimentação, começou a trazer as regras maternas, o afeto envolvido na alimentação por parte dela e de sua mãe. Foi um momento em que ela se emocionou e relata ter conseguido perceber a importância do que se é transmitido de mãe para a filha. Apesar da sua desconfiança inicial sobre o mal que as perguntas poderiam fazer a alguém (compreendidas por mim como representação do medo em entrar em contato com sua história) a entrevista

transcorreu bem e ela pode conter suas fantasias de ser prejudicada ao demonstrar-se grata pela possibilidade de pensar nestas questões. Ela mostrou facilidade em expressar suas opiniões e parece ter desenvolvido um jeito próprio de lidar com a doença da filha resgatando a todo o momento as vivências que trazia de sua família de origem. Atualmente parece ter desenvolvido mais recursos para conter as angústias da filha.

5.2 Temas e subtemas:

Considerando-se os objetivos do presente estudo, a análise dos dados coletados nas entrevistas procurou compreender o significado atribuído pelas mães à sua alimentação, sob a ótica da transgeracionalidade. Cumpridas as duas primeiras etapas da análise temática, emergiram aspectos relacionados à alimentação e seu caráter sociocultural e emocional.

Assim, foram propostos temas e subtemas conforme apresentados no quadro seguinte:

<p style="text-align: center;">A alimentação materna</p>	<p>Memórias da família: Características dos cuidadores (mãe e avó): rigidez, autoritarismo Falta de afeto Infância: pouca variedade de alimentos Dificuldades financeiras, perda de pessoas significativas</p> <p>Organização e rotina: Rituais: experiências de encontros e desencontros afetivos Modificar padrões alimentares da familiar de origem Ofertar aos filhos o que sentiram ter lhes faltado</p> <p>Restrição e dificuldades alimentares: Dificuldades financeiras e de comunicação Recusa pessoal a determinados alimentos</p>
<p style="text-align: center;">A alimentação e o afeto</p>	<p>O valor afetivo do alimento: Indiferenciação: avos com suas filhas e estas com suas próprias filhas Gratidão X ódio Construção de vínculos Cuidado</p> <p>Significados da alimentação: Manutenção da vida Integração Afeto Vínculo</p>
<p style="text-align: center;">A alimentação após o transtorno alimentar da filha</p>	<p>A herança transgeracional: Rotina de vida modificada Falta de apetite Desconfiança da capacidade de alimentar a família Indiferenciação</p>

Quadro 2 – Apresentação de temas e subtemas. Ribeirão Preto, 2010

Os sentidos e significados encontrados nas narrações destas mães foram aprofundados de acordo com o referencial teórico escolhido. Assim, serão

apresentados abaixo relatos que expressam experiências vivenciadas pelas mães juntamente com as considerações propostas:

5.2.1 A ALIMENTAÇÃO MATERNA

5.2.1.1 Memórias da família

As lembranças da família e da alimentação das mães entrevistadas no presente estudo estavam diretamente relacionadas à atuação de suas próprias mães e avós como personagens responsáveis pelo preparo, escolha e manejo dos alimentos e das refeições. Notou-se que ao se reportarem à alimentação, especialmente durante a infância, referiam-se também aos sentimentos envolvidos neste processo e às características das suas cuidadoras, seja a mãe ou a avó. Tanto presencialmente ou como modelo de referência para a mãe, as avós assumiram importante influência na alimentação das mães colaboradoras deste estudo. A seguir alguns relatos que podem ilustrar estas observações:

Bruna tem lembranças de uma avó rígida e, segundo sua percepção, pouco envolvida afetivamente no cuidado e preparo dos alimentos. Esta atitude parece ter sido sentida por Bruna como falta de carinho e negligência.

“Minha vó era muito brava sabe, muito brava, (...) num sabe se preocupava assim com os netos não, ela fazia o que tinha que fazê, a comida ali e deixava em cima do fogão mais num era assim: ‘tá pronto o almoço!’ qualquer coisa era motivo pra chinelo”.

Carina conta de uma infância em que prevaleciam somente as determinações da mãe sobre a escolha e preparo dos alimentos:

“Ela fazia e nunca perguntô o que você quer comê. Não, ela ia lá, colhia verdura e os legumes que tinha na horta e fazia pra gente, nunca teve: ‘cê que come isso ou cê qué comê aquilo?’, depois que a gente foi crescendo a gente pidia: ‘mãe, faz rosca, faz um bolo’, mas quando era pequeno não. O que ela fazia e colocava lá todo mundo comia”.

Débora sente que as experiências durante a infância com a alimentação estavam vinculadas aos alimentos permitidos à mãe, que fora apresentada como uma pessoa rígida frente a esta questão:

“Minha mãe sempre foi um pouco brava, (...) pelo fato dela tê diabete, então sempre teve (...) assim, uma alimentação assim, com saladas, com verduras, legume bastante já por causa, em função do que ela tinha que fazê e aí todo mundo comia”.

As lembranças de Edi expressam a associação que faz entre a alimentação e a falta de afeto, especialmente de sua avó:

“(...) nós levantava cedo, tomava o café da manhã, a gente almoça e jantava, só assim, nunca fomos de comê exagerado, mais também nem de passa fome né. (...) era uma vida difícil né, porque a gente era, nós era em sete irmãos né, então a gente num tinha uma vida de fartura né, nem de, de muito carinho (...)que é carinho de avó, porquê avó pra mim é segunda mãe né, então ela sempre foi muito reservada, muito rígida, assim e ela batia na minha irmãzinha e eu odiava (risos)”.

Estes trechos revelam o vínculo estabelecido entre a alimentação e os personagens que cuidaram destas mães. Nota-se que os alimentos oferecidos por suas próprias mães e avós, independente do seu valor nutritivo, parecem não ter sido suficientes para suprir as necessidades de afeto que emergiram nestas mães durante sua infância.

Isto se confirma quando se lembram de uma infância marcada por dificuldades em obter alimentos diferenciados daqueles que a família podia oferecer dentro das condições pessoais e financeiras. Para uma delas, porém, a experiência da perda de uma pessoa significativa parece ter provocado uma ruptura em parte de suas lembranças. Estas memórias são expressas nos seguintes relatos:

Alice conta o seguinte:

“(...) eu gostava de cumê de tudo, acho só que num foi muito boa porque meu pai num tinha condição de dá uma alimentação que eu queria (...)”.

Bruna também fala da falta de alternativas em relação aos alimentos oferecidos pela mãe e avó, comprometendo-se em transformar esta situação. Traz as seguintes lembranças:

“(...) sempre foi muito difícil a alimentação. A alimentação era só o básico e o que produzia no sítio, não tinha nada de diferente, essas coisa que tem hoje né”.

“(...) era o arroz, o feijão, a verdura que a gente tinha e assim, uma galinha, um porco, essas coisa, e de quando tinha mais, num era assim, num tinha como uma carne e legumes, essas coisa assim, todo dia não, então é..., foi muito difícil a minha infância, por isso que eu me preocupo muito com alimentação, de dá aquilo pros meus filho que eu num tive”.

Edi conta o seguinte sobre este período da sua vida:

“(...) era tudo sempre bem dividido né, a gente tinha uma alimentação como eu disse normal. Mais a gente comia, assim, era sempre assim, nunca tivemos aquela coisa de fome de bulimia (risos) de comê (...), de guloseima, mais a gente tinha assim, a gente sempre nunca faltô comida, graças a Deus porque veio de uma vida difícil. Fomos trabalha muito cedo porquê ao sete anos eu fui pro pau de arara, fui trabalha, todo mundo trabalhava, ajudava”.

Débora fala sobre a dificuldade em lembrar-se da sua infância após a perda precoce do pai:

“(...) eu perdi o pai muito cedo, então ai ficava, né, então várias coisas de lembranças, assim, foram quebradas e fica mais forte isso, a perda do pai e eu assim, parece que esqueci o que acontecia antes disso, só lembro, parece que depois que meu pai morreu, antes, me deu uma travada”.

Diante destes relatos é possível observar que a função da alimentação assume um caráter muito mais amplo que simplesmente atender as necessidades vitais do ser humano

De acordo com Carneiro (2003, p. 5) “a alimentação revela a estrutura da vida cotidiana, do seu núcleo mais íntimo e mais compartilhado”.

Nessa linha de raciocínio, Romanelli (2006) aponta que as refeições familiares podem ser constituídas por dois cenários. O primeiro refere-se a momentos de conversas, trocas de informação, de criação e manutenção de formas de sociabilidade ricas e prazerosas. O segundo pode ser caracterizado por intensas disputas entre os envolvidos à mesa.

O autor ainda observa que a alimentação e o ato de alimentar-se é um meio de marcar identidades e de estabelecer fronteiras sociais. Ao apresentar suas

histórias, estas mães identificam-se a uma classe social a partir dos alimentos que a família lhes oferecia. Para elas, a disponibilidade de afeto parece ter sido associada à oferta alimentar.

Quant (2009) aponta que na maioria das sociedades, as mães e esposas são responsáveis pela alimentação familiar. Esta observação vai ao encontro deste estudo quando estas mães relatam a presença da mãe e da avó como responsáveis por nutri-las.

Assim, ao analisar a história de vida destas mães pode-se perceber que a alimentação serviu de subsídio para resgatarem as memórias da própria constituição familiar, apresentando seus personagens, características e enredos.

5.2.1.2 Organização e rotina

Estas mães revelaram ter recebido de suas próprias mães ensinamentos sobre a alimentação e vincularam esta aprendizagem às orientações sobre a escolha, o preparo dos alimentos e os encontros que os rituais à mesa proporcionavam.

Alice lembrou-se de como os rituais vincularam-se ao sistema estabelecido pela família de origem. Sua mãe pareceu ter sido a pessoa de maior responsabilidade por esta organização. Ela escolhia o quê comprar, o quê comer e o quanto comer, como conferem os relatos seguintes:

“A minha mãe (...) aí comprava assim o que achava necessário, assim, que dava pra vive né, as coisa assim supérfla não comprava não, só o mais necessário mesmo”.

“A minha mãe mesma, a minha mãe que organizava (...) organizava, falava o que tinha pra cume. Às vezes o que era pouco, pra reparti pos outro né, ela que organizava, reparti”.

Para Bruna, os ensinamentos sobre os cuidados com a casa e a alimentação foram sentidos num primeiro momento como a transmissão de um ensinamento carregado de sentimentos negativos, assumindo de início um caráter persecutório.

Em seguida, ela pareceu encontrar um sentido positivo para esta transmissão e ressignificou estes sentimentos:

“(...) eu odiava, num gostava, fazia porque era obrigado fazê. Num gostava e isso causa, assim, uma paranóia. Eu falo comigo porque sempre foi assim, num saía de casa, sempre coisa muito limpa, não saía se deixá um copo sujo pra traz”.

“(...) isso aí é uma coisa muito boa até de minha mãe, que é a limpeza, mas eu fazia muito bem feito, mais num gostava”.

Num outro momento, Bruna trouxe a importância que a figura paterna exerceu nos rituais alimentares da família. Apresentou um pai (real ou introjetado) poderoso, detentor do controle, pouco afetivo e que, diante das atitudes que ele assumia nas refeições, ela se sentia preterida:

“(...) nunca juntô, cada um tinha, assim num é de espera reuni a família. Não, sempre era o pai, que era o senhor ali, que comia primeiro, que comia o melhor (...)”

“Primeiro o pai, então depois, porque aí tinha, tinha assim certos deveres. Minha mãe fazia salgado pros bares né, então tinha que ajudá. Eu chegava da escola, ou se fosse aquele horário, meu pai, 9 horas da manhã tinha que tá o almoço pronto então ele comia. Então eu, no caso, tinha aquela tarefa de fritá aquele tanto de salgado pra depois me alimentá”.

Carina aprendeu que a alimentação necessita de afeto para torna-se comestível e falou da harmonia e da boa convivência que sentia durante as suas refeições. Pelo seu relato, a mesa era usada para o encontro familiar, a resolução de problemas e discussões entre seus membros:

“(...) se vai fazê, então faz com carinho, faz com amor que dá certo. Então, até eu hoje, se eu faço alguma coisa, se eu faço um bolo, num fica bom eu falo: ‘tá veno, eu falei que eu num devia fazê hoje porque eu num tava bem fui fazê esse bolo”.

“(...) podia conversa normal, era o horário que todo mundo sentava, conversava, se tinha algum problema, discutia num tinha esse negócio de esse pedaço é meu, esse é seu, não. Ou esse lugar é meu, aquele é seu, num existia, chego, sento, vamo comê e tudo normal, uma coisa normal bem família mesmo”.

Débora recordou as habilidades que aprendeu com a mãe e também associou o momento da alimentação ao encontro afetivo:

“Puxei bastante pro negócio de pão, de pão (risos). Adoro pão, gosto muito, faço também pro meus filhos”.

“(...) sempre fez os almoço junto né, no domingo a família e depois do almoço eu sô daquela época de criança que é vinha visita né. Vinha os tio em casa, visitava, aí comia sobremesa junto ou a gente ia na casa de alguém, né”.

A aprendizagem de Edi vinculou-se às regras, aos rituais e à organização alimentar associada ao reconhecimento pelo esforço da mãe em cuidar da alimentação dos filhos. A função relacional da alimentação também surgiu em sua lembrança:

“(...) ela nunca tê deixado assim, faltá o alimento, sempre na hora certa a gente tê o alimento, a refeição sempre no horário certo. Então, eu acredito que ela ensinô sim né, senão ela num teria, ela num seria tão responsável como ela foi com nós”.

“(...) quando tava em casa, a gente almoçava sempre junto e na janta também a gente. Isso minha mãe sempre fez questão né, enquanto meu pai, meu pai sempre fazia questão que almoço e janta era junto”.

Pode-se verificar que o ato alimentar assumiu para estas mães uma função afetiva em que várias emoções, sejam elas negativas ou positivas, foram vivenciadas, compartilhadas, e de alguma maneira tornaram-se substâncias essenciais na construção de seus hábitos alimentares.

Para Alice e Bruna estes ensinamentos parecem ter assumido um sentido negativo, pois a falta de disponibilidade alimentar da família ou mesmo as atitudes de seus membros frente ao alimento foram sentidas como privação e ausência de afeto. Carina, Débora e Edi vivenciaram estes aprendizados como elementos que serviram de subsídios para cuidarem da alimentação das suas próprias famílias.

De Vargas (2000) defende que a transmissão do saber sobre a alimentação dá-se desde a infância pelo contato com as avós, mães e comunidade.

Para Rotenberg e De Vargas (2004) as práticas alimentares são provenientes de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural.

Essas autoras ainda pontuam que estas práticas são permeadas pelo aprendizado construído na infância, e diante do acesso aos bens coletivos e individuais oferecidos pela modernização as famílias têm possibilidade de acrescentarem alimentos complementares às suas refeições.

Os relatos a seguir confirmam a hipótese acima, pois quando algumas destas mães assumiram a responsabilidade pela organização da própria alimentação ensaiaram possibilidades de transformar algumas regras que lhes causaram desconforto durante a infância.

Com mais recursos financeiros, seja pelo trabalho ou pelo casamento, elas iniciaram uma nova fase em suas vidas na qual buscaram a fartura, a liberdade para escolher e preparar as refeições introduzindo aos cardápios alimentos industrializados que não fizeram parte do cotidiano infantil. Em alguns momentos, procuraram alternativas para reparar a privação alimentar que sentiram quando crianças oferecendo aos filhos o alimento que não tiveram.

Alice, neste período procurou evitar aquilo que em sua infância sentiu como restrição e falta. No cuidado com seus filhos surgiram tentativas de organizar a alimentação familiar, porém o exagero e a busca por saciar seus próprios desejos alimentares muitas vezes dificultaram esta organização, como citado na seguinte fala:

“(...) o que eles quiriam di cumê, eu não, não me importava de comprá o que eles pidia, num sê se for fazê mal misturado assim, (...) o que eles pidia, assim, bestera assim, às vezes eu falava: ‘almoça primeiro, depois eu dô danone, coisa diferente’, porque num tive isso”.

“(...) pra eles e tamém, eu gostava tamém. Era que igual criança, às vezes comprava coisa pra eles e pra mim também. Isso foi toda vida assim. Na minha casa tinha bastante quitanda, as coisa di cumê (...)”.

Para Bruna, a alimentação adquiriu, após o casamento, o valor simbólico da união familiar. Ela procurou estabelecer rituais e encontros em sua família que originalmente não existiam

“Fazia, fazia muita. Tinha assim depois que eu casei a gente começô a tê uni..., né, tê reunião. Aí tinha, os amigo que tinha, então eu preparava aquela (silêncio), gostava de carne assada, de lombo”.

Carina procurou manter as tradições da família de origem e acrescentou poucas características individuais aos legados que sua mãe lhe transmitiu a respeito da alimentação:

“(...) quando eles era pequeno eu fazia o legumes, o que eles precisava comê: cenoura, beterraba, carne, fruta, leite também nunca falta, pão, bolo não pode faltá’, tem que tê todo dia”.

Débora experimentou uma alimentação farta, muitas vezes em detrimento do valor nutritivo do alimento:

“(...) ai, várias vezes tinha uma macarronada, uma lasanha, né, uma coisa assim mais (...). A gente comia muito lanche, à noite, era difícil fazê janta em casa. Às vezes, na semana, comia quatro vezes lanche na semana, pizza né, ou eu às vezes fazia o lanche em casa, pizza, era difícil assim tê a refeição normal (...)”.

Para Edi a alimentação e sua organização dominaram a rotina da família, repetindo um padrão que parece ter existido em sua família de origem:

“O meu marido tem mania de comê né, então sempre o almoço a gente planeja a janta, a janta a gente planeja o almoço”.

Pode-se pensar que a alimentação e todo o processo envolvido no ato alimentar são considerados um meio de transmissão cultural e afetivo que se dá entre as gerações.

A família, então, torna-se o eixo de referência desta transmissão, já que os pais assumem o papel fundamental de serem os primeiros educadores nutricionais de seus filhos. Os fatores culturais e psicossociais podem influenciar as experiências alimentares da criança, desde o seu nascimento, proporcionando a aprendizagem inicial para a sensação da fome, saciedade e para a percepção dos sabores. As estratégias que os pais utilizam para alimentar a criança e ensiná-la a comer alimentos específicos podem apresentar estímulos tanto adequados, quanto inadequados na aquisição das preferências alimentares da criança e no autocontrole da ingestão alimentar (RAMOS; STEIN, 2000).

As autoras acima ressaltam que a alimentação é o principal foco de interação entre pais e filhos durante os primeiros anos de vida da criança, iniciado pela amamentação

Marcelli (1998) acredita que a atitude da mãe frente às primeiras mamadas do bebê não depende somente do comportamento do recém-nascido, mas sofre

influência de seus próprios afetos frente à oralidade como também de sua capacidade de aprendizagem e adaptação às novas situações.

Ribeiro (2009) defende que as experiências da geração anterior, na dupla mãe-filha, são reeditadas na geração seguinte especialmente se não houve nenhum trabalho de elaboração dos conflitos e dificuldades, caracterizando um processo de transmissão psíquica entre as gerações.

Diante destas considerações pode-se pensar que, para estas mães, as experiências referentes à alimentação e, conseqüentemente, as heranças relacionadas a estas vivências podem ter sido reativadas nas atitudes frente à alimentação de suas próprias filhas.

5.2.1.3 Restrições e dificuldades alimentares

As mães deste estudo trouxeram em suas falas as restrições alimentares que experimentaram durante a infância, justificadas tanto pelas dificuldades financeiras familiares como pela própria aceitação de determinados alimentos.

Alice contou que a família priorizava uma alimentação básica dentro de suas concepções e, quando possível, oferecia algo diferente, mas que não a satisfazia. Para ela os doces eram simples, alguns artesanais e numa quantidade insuficiente para suprir seus desejos e voracidade. As características de uma restrição alimentar apareceram nas seguintes falas:

“(...) então tinha vez que deu ser mais velha, deixava mais pros menor. Então, eu até gosto de comentar, às vezes com minha filha, que eu morria de vontade de tê uma caixa de bombom na minha mão, nunca teve, minha tia sempre levava 1,2. Aí, eu falava que sempre, quando eu tivesse dinheiro, eu queria uma caixa de bombom na minha mão”.

“(...) minhas amiga levava aquele, mais gostoso do mundo, e eu queria podê cumê aqueles lanche gostoso né. E eu sei que eu nem podia, às vezes dava um pedacinho, às vezes nem dava, ai eu ficava um pouquinho (...). Então eu passava um pouco de vontade”.

Bruna falou que além de uma alimentação restrita havia também a dificuldade em comunicar à mãe suas vontades assim como a dificuldade desta mãe perceber

as necessidades e os desejos da filha, acolhendo-os. A vontade de um alimento e seu consumo ficava na ordem do segredo.

“(...) era o arroz, o feijão, a verdura que a gente tinha e assim, uma galinha, um porco, essas coisa. E de quando tinha mais, num era assim, num tinha como uma carne e legumes, essas coisa assim todo dia não, então é ... foi muito difícil a minha infância. Por isso que eu me preocupo muito com alimentação, de dá aquilo pros meus filho que eu num tive”.

“(...) então, é o pastel, mais aí aquela vontade de comê esse pastel. A hora que ia entregá, no meio do caminho, a gente comia (...) aí era pior porque apanhava, aí ela amarrava a cesta com um pano branquinho, ali amarrava dos lado, bem apertado e falava: ‘não pode, tem que sê honesto, você tem que tê honestidade, num pode fazê isso escondido. Você tá fazeno coisa feia e num pode fazê isso’. Então passava, mas a gente esperava ela virá as costa pra, pra pegá aquele que sobro. Pegava o quê sobro, num tinha assim podê comê a vontade”.

Carina não trouxe lembranças de restrições alimentares em sua infância por questões financeiras, mas por dificuldades em aceitar determinados alimentos que se mantém até os dias atuais:

“Eu não gosto de carne vermelha, eu Carina então, eu num posso deixá de comprá carne vermelha porque eu não gosto (...). Eu cômoo, mas não é uma coisa que me faz falta e me é indigesta. Então eu prefiro comê uma coisa mais leve”.

Débora também:

“(...) eu era ruim de comê também. de pequena, Aí, a minha mãe me levava no médico, ai eu chorava que eu só gostava de comê carne moída. E ela passava vergonha porque (risos) ai o médico falava: ‘Tá veno, mãe, faiz carne moída pra ela’ e ela falava: ‘Eu faço, mais ela num come nem a carne’ (risos). Mais era muito ruim de, de boca mesmo, num comia legal não”.

Edi associou as restrições alimentares em sua infância às questões financeiras como também pela sua recusa em aceitar a alimentação:

“A minha infância com alimentação, eu falo num foi uma abundância, mais não tive fome. Mais foi compli..., é difícil, é difícil, antigamente era muito difícil (risos). Mais hoje em dia não viu! Hoje eu falo assim: ‘As pessoas têm tudo e acha que não tem nada!’ ”

“(...) eu era muito magrelinha (risos), então eu num..., não sei assim, mais eu num sentia a fome assim (...). Pra mim num tinha muito esse negócio de comê, comia assim um pouco, sempre fui de pouca comida”.

Foi interessante observar que todas estas mães revelam ter vivenciado alguma experiência de restrição alimentar. Os desejos alimentares insatisfeitos de Alice e de Bruna perpetuaram-se até a vida adulta acompanhados de mágoas e de uma preocupação em modificar estas experiências.

A resistência em ingerir determinados alimentos fez parte da história alimentar de Carina, Débora e Edi. Elas revelaram experiências em que a recusa alimentar e a falta de apetite estiveram presentes em suas vidas especialmente durante a infância. No entanto, parecia não existir a preocupação com a imagem corporal.

A recusa alimentar no lactante, de acordo com Marcelli (1998), pode surgir de forma progressiva ou brutal, por ocasião do desmame ou introdução de alimentos sólidos. Contudo, a criança continua crescendo e ganha peso. Tal atitude da criança pode gerar na mãe uma reação ansiosa dificultando sua disponibilidade em atender as necessidades alimentares do bebê. Para esse autor, esta anorexia está centrada na relação construída entre a mãe e o bebê. Eles ainda propõem que a alimentação para estas mães aparece como eixo privilegiado de interação que mascara, sob a necessidade de alimentar, vivências de angústia por não ser uma boa mãe ou angústia de abandono e de morte.

Pode-se pensar que as experiências de restrição alimentar vivenciadas por estas mães revelaram dificuldades precoces na construção dos vínculos com suas genitoras, pois é em torno da alimentação que se constrói o mais precoce elo entre a mãe e o bebê (MARCELLI, 1998).

Para Winnicott (2000b), a inibição do apetite durante a infância serve como defesa contra a ansiedade e a depressão. Quando o bebê não confia na bondade própria e alheia torna-se incapaz de confiar no alimento. Deste modo, a atitude da criança em relação à comida revela sua atitude em relação à mãe e mais tarde, os sintomas alimentares variam de acordo com o relacionamento desta criança com as outras pessoas.

Este mesmo autor (1999) esclarece que a mãe capaz de desenvolver um estado de preocupação materna primária consegue adaptar-se integralmente às necessidades do seu bebê. Esta adaptação diminui conforme a crescente necessidade que ele tem de experimentar reações de frustração. Quando a mãe

consegue retardar sua função de adaptar-se a todas as necessidades do filho até que ele se torne capaz de reagir com raiva, impede que suas incapacidades como mãe sejam vivenciadas pelo bebê como traumas.

Nas palavras do autor (1999, 15):

Acho útil dividir o universo de pessoas em duas classes. Há aquelas que jamais se desapontam enquanto bebês (...). E há as que sofreram experiências traumáticas, provenientes de decepções como o ambiente, e que necessitam carregar consigo perpetuamente as lembranças (ou o material para as lembranças) do estado em que se encontravam no momento do desastre. Estas são candidatas a levar vidas tempestuosas e tensas e talvez candidatas à doença.

André-Fustier e Aubertel, (1998) sugerem que a vivência de experiências traumáticas permanece sem elaboração, como um material em estado bruto e por este motivo podem atravessar o espaço psíquico dos seus herdeiros caracterizando um processo de transmissão psíquica entre as gerações.

Os autores expressam o seguinte (1998, p. 137):

A maneira pela qual a família vive esses “traumatismos” depende, naturalmente, do próprio acontecimento, mas também, e, sobretudo, do sentido dado a esse acontecimento, e de sua inscrição possível na história familiar.

Desse modo, pode-se pensar que as vivências traumáticas referentes às restrições alimentares que estas mães experimentaram tiveram um destino próprio a partir do sentido que atribuíram a estes eventos. Assim, o conteúdo da transmissão desta experiência vai depender da capacidade que cada uma teve de elaborar este acontecimento.

5.2.2 A ALIMENTAÇÃO E O AFETO

5.2.2.1 O valor afetivo do alimento

Estas mães narraram episódios em que a alimentação e o afeto aparecerem inseparáveis. Ao mesmo tempo em que associaram o alimento e o ato alimentar a momentos em que receberam carinho, especialmente de suas genitoras, fizeram referência a situações de desprezo e rejeição.

Para Alice, a alimentação assumiu dois sentidos distintos. No primeiro, revelou a crença de como as questões alimentares lhe acompanharam no decorrer de sua história de vida como uma perseguição. Num outro sentido a alimentação assumiu uma função reparadora caracterizada pelo excesso de oferta alimentar como meio de “compensar” a dor pela perda de pessoas queridas, como citado nos relatos a seguir:

“Eu acho assim, a minha alimentação, acho que eu tenho um pouco assim de (silêncio), de persegui um pouco a alimentação comigo”.

“Meu pai, ele largou da minha mãe (...), foi embora com uma parente minha e tal. Passei um momento difícil, eu tivi que ir pra casa da minha avó (...). A minha mãe foi pra casa da minha avó né, aí eu fui. Aí, quando eu tinha a minha avó, minha avó, acho que eu tinha 6 anos, quando ela morreu, aí meu tio levava bastante coisa, doce diferente a gente cumia até junto né”.

Bruna falou da dificuldade da família em aceitar que ela tivesse preferências alimentares diferentes e isto foi sentido como negligência:

“(...) minha avó era diferente, quando ela falava: ‘num gosto disso’, ela pegava a panela e jogava tudo fora no quintal pás galinha. ‘num gosta, num vai comê (...). Não gosta, então num come, fica sem comê’. Aí ficava sem comê, e nós pegava e ia pisar pé de fruta que tinha no quintal e comia fruta e ficava por isso”.

Ela ainda contou o quanto a expressão de desejos alimentares diferentes ficava reprimida pelas regras, crenças e funcionamento da família. Com isso, o alimento oferecido foi sentido por Bruna como expressão de pouca afetividade:

“(...) se você chegasse da escola, a comida feita de manhã, o tá frio, em cima do fogão, que era fogão de lenha, ou tava. Se tivesse arroz, feijão, só, você tinha que comê aquilo lá, num podia reclamar. A vida impôs aquilo, então era aquilo que você tinha que comê”.

Ao contrário, Carina recebeu o alimento fornecido pela mãe como símbolo de afeto, cuidado e transmissão de valores. Revelou uma experiência positiva com a alimentação:

“(...) minha mãe sempre foi né, de fazê comida boa, gostosa, (...), tudo o que ela fazia era com muito carinho, e isso aí a gente aprende, e isso aí cê passa de filha pra filha, ela passô pras netas, então”.

Débora também demonstrou capacidade de construir o vínculo amoroso com mãe a partir da alimentação que ela lhe oferecia:

“Minha mãe sempre foi assim, muito assim, carinhosa com a gente. Sempre fazia coisas assim, naquela simplicidade da situação, que era o quê oferecia a condição. Mas ela fazia em casa né, então ela fazia esse pão com coco, a gelatina que era um alimento barato, mas né, que a gente saboreava gostoso né, comia aquilo gostoso, mingau (...), pão caseiro. Ela num tinha muito o dom de fazê, mais a gente falava: ‘mãe pode fazê que do jeito que saí, a gente come, se ficá ruim ou ficá bom, nós vamo comê do mesmo jeito”.

Edi conseguiu resgatar experiências de afeto e proteção que esta família lhe proporcionou, apesar das dificuldades financeiras, e relatou os meios que utilizava para obter atenção da mãe e um cuidado diferenciado na alimentação, pela doença:

“(...) num tenho mágoas ou coisas assim que num deveria “tê” que eu não tive. Eu tinha amor, tinha, apesar das dificuldades, a gente tinha amor, tinha pai e mãe presente; então é assim”.

“(...) nós tinha isso, se um ficava doente, vinha fruta pro doente né, então, a gente partia no meio, então se vinha maçã, laranja, essas coisa, a gente dividia partes iguais né e dava pro que tava são, né. Então a gente tinha essa união entre eles né. então quando ficava doente era uma felicidade (risos). É triste falá, mas hoje é engraçado, é verdade”.

Nestes discursos notou-se a função afetiva que o alimento assumiu na construção dos vínculos destas mães com suas genitoras e outros familiares. A presença de pelo menos duas gerações no cuidado com a alimentação ficou evidente para Alice e Bruna que trazem enredos em que as avós e os alimentos por

elas oferecidos assumiram um papel importante em suas vidas. A gratidão pelo que receberam de suas mães surgiu como um ponto comum para Carina, Débora e Edi.

Estes dados confirmam que o ato de alimentar uma criança não se reduz apenas em amenizar suas necessidades fisiológicas de saciar a fome, mas representa o protótipo das relações humanas (MARCELLI, 1998).

Para Romanelli (2006, p. 336) a alimentação está associada ao afeto e à proteção. Ele diz o seguinte:

[...] a dimensão afetiva da alimentação, que engloba a relação com o outro, esta presente nas refeições familiares, momentos de encontro, de conversação e de troca de informações, isto é, da criação e manutenção de formas de sociabilidade bastante ricas e prazerosas.

O autor também revela que a alimentação não está permeada somente por vínculos positivos. Existem situações em que o ambiente familiar se constitui um cenário de disputas e conflitos (ROMANELLI, 2006).

Neste sentido, pode-se pensar que a maneira como estas mães construíram seus vínculos afetivos tendo o alimento como balizador destas relações serviu de base para o cuidado que ofereceram aos seus filhos. Assim, as atitudes que elas tiveram diante da criança sofreram influência de seus fantasmas inconscientes ou pré-conscientes cuja reativação pode levar a situações patogênicas tanto para um como para outro (MARCELLI, 1998).

Segundo Ribeiro (2009) estes fantasmas podem habitar a mente destas mães impedindo-a de estar livre e disponível psicologicamente para reconhecer a filha como diferente dela. Sabe-se que na relação entre uma mãe e sua filha existem dois universos. O primeiro caracteriza-se pelo afeto, carinho, amizade, resgate, realização e beleza. O outro é habitado pela raiva, rivalidade, cobrança, disputa, inveja, conflito e dependência.

A partir desta compreensão foi possível observar também que os vínculos entre as mães e suas genitoras envolveram estes dois universos emocionais constituindo a base da herança transmitida psicologicamente às suas filhas.

Esta herança pode conter um material psíquico não elaborado e traumático que as gerações anteriores – pais, avós, bisavós – não puderam simbolizar e são

transmitidos sem possibilidade de transformação (ANDRÉ-FUSTIER; AUBERTEL, 1998).

Kaës (1998, p. 9), no entanto, defende que o conteúdo da transmissão psíquica não é somente o negativo, mas também aquilo que “ampara e assegura as continuidades narcísicas, a manutenção dos vínculos intersubjetivos, a conservação das formas e dos processos de conservação e complexidade da vida [...]”.

A maioria destas mães demonstrou que a vivência afetiva com suas genitoras pautadas pelas lembranças da alimentação serviu de base para preservarem em suas mentes elementos, lembranças e afetos que contribuíram na construção de suas histórias com as próprias filhas. As experiências, tanto positivas quanto negativas, constituíram elementos que balizaram as futuras relações. Se houve predominância de elementos elaborados isso foi perpetuado pelas gerações seguintes positivamente. Do contrário, servirão de inibidores da capacidade do desenvolvimento criativo e da individualidade do outro.

5.2.2.2 Significados da alimentação

Os significados que estas mães atribuem à alimentação relacionam-se à vida, ao afeto e à integração.

Alice escolheu a carne como representante do alimento essencial à vida e, como sua mãe, também repartia o alimento em pequenas porções para todos tivessem acesso:

“Eu num era de comprá coisa pra casa não, mas assim, o que eles queriam, coisa diferente. Tanto é que, assim graças a Deus, desde que eu casei e tive, desde lá, em casa num tinha, assim muita carne, mais nunca ficô sem carne, um pedacinho no almoço e janta, pouquinha carne mais tinha todo o dia sabe, todo o dia tinha”.

Para Bruna a alimentação também assumiu o significado de vida e ela ainda trouxe a importância da função materna neste processo:

“Olha a alimentação é tudo, eu acho. Nossa! A mãe mesmo quando o filho é pequeno, se fica naquela cê qué que come, cê qué que come. E a alimentação é, como assim, mesmo no tempo que eu tinha pouco, que eu era

criança, sempre tinha que comê. A pessoa se não comê morre, se não comê morre”.

Carina lembrou-se da alimentação com afeto, como um bom objeto internalizado em sua infância:

“Acho que é carinho, é amor, acho que tudo isso tá relacionado à alimentação. Porque tudo que me vem de comida, me volta na minha infância e, na minha infância, foi que eu tive muito, demais da conta muito carinho”.

Débora trouxe o preparo da alimentação como um momento de integração, de troca, de vínculo:

“Se ele tem um outro, um outro objetivo que é o né de, pode se que é o da integração da família, da conversa, do diálogo em volta da mesa né. Que tudo acontece geralmente na cozinha,(...) a conversa flui ali, em volta do fogão, em volta da pia, né é um jeito também de integração, de diálogo né, de conversa. O alimento pode representa isso nesse sentido, na hora do preparo dele”.

Edi relaciona a alimentação à vida:

“(...) que nem dizia minha mãe, diz né, minha mãe: ‘que saco vazio não para em pé’ (risos), então a gente precisa repor sempre a energia de um dia pro outro né”.

A alimentação aparece nestes enredos com o significado principal de manutenção da vida, especialmente quando as mães referem sobre o valor nutricional dos seus ingredientes. A partir daí foram atribuídos valores como integração social, cuidado, encontros. Baseando-se nestes atributos elas também apresentaram a maneira que lidam com o manuseio desta alimentação e o que priorizam como referência de qualidade.

Estes dados concordam com o que Daniel e Cravo (2005) descrevem ao afirmarem que os hábitos alimentares do homem não atendem apenas suas necessidades fisiológicas, mas, sobretudo tem um caráter simbólico cujo significado se dá na trama das relações sociais.

Para Ramos e Stein (2000), as refeições com os familiares consistem no contexto social em que a criança terá a oportunidade de comer com os irmãos, amigos e adultos e com isso ter modelos de referência e atenção frente à sua alimentação. As autoras esclarecem que uma interação positiva à mesa pode dar lugar a interações negativas quando os pais utilizam estratégias coercitivas e as

crianças são pressionadas e coagidas a comer um determinado alimento que os pais acreditam ser bom para elas.

Pode-se pensar que estas experiências, conforme citado acima, contribuem para a construção de significados que a alimentação assume para cada indivíduo. No caso deste estudo, estes significados parecem estar assegurados pelas vivências que cada mãe experimentou em sua história de vida. Uma história que está ancorada e traz registros da história familiar que transmitiu a seus herdeiros legados e atribuições que colaboraram para construção da identidade destas mães e para definir a posição que assumiram no conjunto familiar.

Sobre esta herança, André-Fustier e Aubertel (1998, p. 139) dizem o seguinte:

A criança, que nasce em uma família, herda parte da função de recomposição desta família a partir da aliança das duas descendências de onde ela é oriunda: ela deve conservar e alimentar-se desta herança [...]. Ela terá como carga retomar e transmitir os enunciados históricos e familiares [...].

Parece que as mensagens recebidas por estas mães de suas genitoras reforçam a ideia de uma herança familiar que contribuiu para a construção dos significados que elas atribuíram à alimentação.

5.2.3 A ALIMENTAÇÃO APÓS O TRANSTORNO ALIMENTAR DA FILHA

5.2.3.1 A herança transgeracional

O diagnóstico de transtorno alimentar de suas filhas trouxe mudanças significativas na rotina de vida destas mães. A dificuldade alimentar da filha parece se estender à mãe, a falta de prazer e do valor simbólico do alimento se perde na relação que a mãe estabelece com sua própria alimentação. Mãe e filha parecem não se diferenciarem.

Alice relatou momentos de intensa dificuldade em organizar, preparar e usufruir da alimentação em virtude das exigências que a filha impunha. Os depoimentos a seguir demonstram tais dificuldades:

“(...) aí ela queria cumê a minha cumida, mais queria que um pouco óleo. Mas eu num pudi tirá di tudo os tempero por causa do meu marido; gostava uma cumida apimentadinha, eu também”.

“(...) quando a gente vinha pra cá pra num ficá gastano muito, às vezes, eu fazia assim, a bulacha à tardizinha. À noite ela num gostava muito que fazia. Às vezes eu esperava ela deitá, ir durmi pra eu faze né. Mais ela num gostava muito que fizesse né, ficava nervosa, chorava muito, aí eu ficava, aí cê caba perdeno o ritmo di cuzinha sabe”.

Bruna descreveu que perdeu a capacidade de sentir prazer em preparar as refeições após a dificuldade da filha em alimentar-se. Não somente sua rotina alimentar foi alterada como também sua vida profissional pois parou de trabalhar para cuidar e adaptar-se às necessidades da filha. As falas a seguir podem esclarecer esses acontecimentos:

“Mais sempre gostei muito de cozinha, gostei muito de fazê, só agora depois de quinze anos pra cá sabe, que perdi sabe, aquele entusiasmo, aquela coisa de fazê um churrasco, de fazê uma comida, uma coisa assim diferente como eu fazia antes, de reuni os filhos”.

“(...) eu parei de trabalhá só quando com a doença da Bianca. Foi que ai eu me aposentei ai num, num dá sabe, num dava pra aí eu trabalhava”.

Carina parece ter tido uma vivência semelhante:

“(...) se a gente faz cinco alimentação, nós passamo a fazê dez porque aí fazia um pouquinho sempre variado pra vê se ela comia”.

E também Edi,

“Olha num foi só um transtorno alimentar na época, foi um transtorno na minha vida mesmo”.

Débora foi a única mãe entrevistada que refletiu sobre sua própria alimentação após as dificuldades alimentares da filha e conseguiu vivenciar a necessidade da mudança da rotina alimentar como ganho, ressignificando suas práticas alimentares.

“(...) agora, como ela num come, a gente se vê né, teve uma reeducação alimentar então todo mundo janta agora né. Então, o lanche fica mais pro final de semana só mesmo, e não pra ela no caso”.

“(...) devido a anorexia da Daine a gente consegue, consegue, avaliar o quanto o alimento é importante e que tipo de alimento né. Qual que é bom pra uma coisa, o que faz bem pra outra. E mesmo a água como alimento né, que a gente, eu, eu particularmente, nunca gostei de tomá água, comecei tomá mais água quando fiquei diabética que dá sede, aí te obriga a tomá; mais eu passava às vezes um dia inteiro, (...) hoje eu sei que ela é importante”.

Estas mães tiveram uma transformação de suas vidas após o diagnóstico de transtorno alimentar de suas filhas. As vindas constantes ao hospital e os períodos de internação foram acompanhados por elas com muito sofrimento e elas passaram a viver em função da filha e de sua recuperação.

Santos (2006) mostra que o comportamento de cuidado dos pais frente ao transtorno alimentar pode direcionar-se para a super-proteção obsessiva e o impedimento de movimentos em busca de independência e autonomia, levando à infantilização do filho.

Inicia-se um movimento em que mãe e filha nutrem uma relação de dependência e unem-se uma a outra no sofrimento de uma história passional (MIRANDA, 2005).

Percebeu-se que a maioria destas mães referiu dificuldades com a alimentação após o adoecimento das filhas e não conseguiram manter seus próprios desejos alimentares. No entanto, elas, em tenra idade, já haviam vivenciado situações em que a relação com o alimento fora comprometida.

Com isso, pode-se supor que os conflitos referentes à alimentação e aos vínculos construídos a partir desta relação vivenciados por estas mães, de alguma maneira tenderam a se repetir com as filhas. Histórias rejeitadas pelas mães, guardadas no “porão de suas mentes”, lutos não elaborados, segredos, traumas e silêncios parecem ter encontrado um terreno fértil no psiquismo de suas filhas caracterizando um processo de transmissão psíquica entre as gerações.

A respeito desta transmissão, Silva (2003) traz que em casos de transtornos emocionais graves, observa-se que o *self* destes pacientes é habitado por conteúdos inconscientes que pertencem a outra geração impedindo o desenvolvimento de um psiquismo próprio.

Essa herança normalmente passa despercebida pela dupla e revela a trama das relações que se estabelecem entre as mães e filhas com transtornos alimentares nas quais quase não se encontram pessoas discriminadas. Histórias de paixões, de dependência e, paradoxalmente aversão a ela, e que nutre a relação desencadeando uma guerra contra os elementos fundantes da feminilidade: o alimento, o corpo e a fertilidade (MIRANDA, 2005).

Alice manifestou sinais desta indiferenciação quando diminuiu sua ingestão alimentar, alegando falta de prazer. Os valores afetivos que ela atribuía ao preparo dos alimentos tornaram-se incertos, gerando insegurança frente à sua capacidade de cuidar do outro e de si mesma.

“(...) não tem o mesmo prazer, é não tem o mesmo prazer sabe. E com isso, com a doença, juntô muita coisa na cabeça, aí fica assim mesmo. Cê tem que tê um cuidado tão grande, que acho que eu tenho, acho que até hoje, do cê num fica com medo até di cume cumida. Porque não por medo de engordá, por medo que a cumida tá ruim num sustentá sabe (...)”.

“(...) até hoje eu acho que, assim eu não sinto assim, que faço cumida igual eu fazia antes. Parece antes sabe, eu sentia que eu alimentava melhor eu acho”.

Bruna tomou pra si a dificuldade alimentar da filha. Suas experiências negativas com a alimentação são revividas. Havia uma mistura de sentimentos: medo, insegurança, raiva, decepção e impotência que a envolviam diante da possibilidade de perda da filha. É como se ela quisesse viver pela filha, observava o seu sono, sua respiração, seus passos, e com isso cada vez mais elas se misturavam e suas mentes se fundiam. Uma já não sobrevive sem a outra. As falas a seguir revelam estes aspectos:

“Impotente, né sem podê fazê nada. Eu queria fazê, eu comê pra ela, num podia, aí eu falei: ‘eu vou ficá sem come também, pra vê se resolve’ (...) só que eu fiquei dois dia, não agüentei (...)”.

“Num é com prazer, cômoo porque precisa comê né, mas num é assim com prazer como era antes não”.

Carina contou que utiliza a alimentação como recurso para resolver suas dificuldades pessoais e afetivas. Parecia ser muito difícil perceber a filha como alguém com necessidades alimentares diferentes das dela. Baseou-se no seu

referencial quantitativo como parâmetro para a ingestão alimentar da filha. Ela se expressou assim:

“(...) eu acho minha bomba de escape, acho que foi na minha alimentação, mas não que eu parei de comer tudo, leite sempre tomei, um pãozinho. Eu sempre fui de pouca comida, nunca fui de muita comida, eu não sou aquela, por isso acho que eu não vi que a minha filha era anoréxica, porque como eu também sou de comer pouco, pra mim aquilo tava normal; que eu não via ela vomitar”.

“(...) depois que ela veio pro hospital, eu passei a morar mais aqui no HC do que em casa, aí que mudou tudo mesmo. Aí, nessa época, também eu emagreci muito, eu ficava aqui com ela e não comia”.

Débora, assim como Alice e Bruna, mostrou a fusão entre ela e a filha. Viveu esta experiência com muita intensidade e com uma dor que diz não conseguir nomear. Buscou na religiosidade e no tratamento, recursos para repensar as experiências de indiferenciação e conter seus sentimentos de impotência e assim, estabelecer com a filha um diálogo possível.

“(...) ela chorava em frente o prato, aí eu chorava, o pai chorava, o irmão chorava, todo mundo”.

“Uma sensação de impotência, de não ter o que fazer aquela criatura engoli a comida (...). Ela tava perdendo peso, perdendo, correndo risco de vida, ficando cada vez mais fraca e se recusando né, o alimento”.

“É, é difícil ainda, estamos melhorando passo a passo (...) confiando um pouco mais no tratamento, colocando acima de tudo, confiando em Deus né (...). Hoje eu já consigo conversar com ela chorando e eu não (...) consegui tirá também ela do choro e falou: ‘não agora nós vamos conversar com a mãe, (emocionada) ela fala o que ela tá sentindo, ou o que você tá pensando’ e aí ela vai, para de chorar pra conversar comigo. É diferente do começo que ela chorava, eu chorava junto e ninguém falava nada”.

Edi trouxe a angústia pela impotência em não conseguir fazer a filha alimentar-se:

“(...) não tem coisa mais triste que você passa fome. Mas tem coisa muito triste que é você ter a comida e não ter a fome, é muito triste. Eu via a minha filha morrendo de fome sendo que tinha comida”.

Estes relatos revelam a indiferenciação psíquica destas mães com suas filhas em que as mentes se misturam dificultando a percepção de que são seres separados.

Para Miranda (2005, p. 29), a experiência clínica com os transtornos alimentares põe em evidência a ligação especial do laço mãe e filha que revela “uma dependência vital ao seio que cuida e que nutre, do qual ela não pode escapar sem cair em uma vivência de aniquilamento”

Silva (2003) acredita então, que o sintoma pode representar um indicador de transmissão ao denunciar e ser testemunha de uma aliança inconsciente na qual houve a transmissão de algo impensado. Ele pode ser uma resposta ao excesso de identificações mórbidas (identificações projetivas patológicas, intrusivas ou alienantes). A autora observou que o transmitir assumiu importância maior que o conteúdo da transmissão e a relação com os objetos primários (pais inicialmente), inunda-se destas identificações que impedem o indivíduo de fundar seu próprio psiquismo, tendo como destino ser o outro.

Em outro estudo, Miranda (2004, p. 319) compreende a origem dos transtornos alimentares sob a ótica de uma transmissão transgeracional. Nas palavras da autora:

[...] nesses conflitos de mulheres, a relação fusional mãe-filha e suas ascendências e heranças afetivas serão evocadas o tempo todo, constituindo-se, a meu ver, no núcleo principal dos distúrbios alimentares.

Ela ainda esclarece na mesma obra:

Na transmissão transgeracional, a menina, ancorada na história de seus ascendentes (mãe, avó, bisavó,) recebe um material psíquico que não foi eficientemente metabolizado pelas gerações anteriores, dificultando uma nova integração, responsável por sentimentos de vazio e falhas no processo identificatório.

A partir desta compreensão, é possível perceber que os fatos impensáveis, os lutos não elaborados, as situações traumáticas, os segredos e as angústias,

indigestos à mente materna, precisaram ser expurgados de sua consciência e colocados no porão de suas mentes. Assim, o que rejeitaram em si pode ter encontrado um terreno fértil na mente de suas filhas que, diante da recusa em nutrir-se de alimento e quiçá, de afeto, recorreram ao corpo como instrumento para representarem aquilo que, em suas mentes, não encontrou lugar para ser nomeado e digerido. Expressão provável de uma herança que as antecede e atravessou gerações impedindo, muitas vezes, o viver criativo e a singularização de sua própria história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tomou forma num cenário em que se observavam histórias de um vínculo entre mãe e filha permeadas de conteúdos indiferenciados. Mães impotentes diante da descoberta do diagnóstico do transtorno alimentar de suas filhas. Sentindo-se destituídas do seu lugar de provedora. Incapazes de convencerem as filhas a nutrirem-se do combustível essencial à vida, ou seja, o alimento.

O desafio estava lançado quando as experiências que estas mães tiveram com sua própria alimentação pareciam guardar conteúdos significativos e interessantes no decorrer de suas vidas.

Optou-se assim, por realizar um trabalho de abordagem qualitativa priorizando a escuta cuidadosa da história alimentar de mães que freqüentaram o grupo de apoio psicológico aos familiares do GRATA no ano de 2008. As entrevistas semi-estruturadas deram vozes às lembranças das experiências com a alimentação da infância até o diagnóstico do transtorno alimentar de suas filhas. Vozes emocionadas e trêmulas que ao serem analisadas remeteram-nos a supor como suas vivências influenciaram suas memórias, desejos, a construção dos vínculos com as filhas, a manutenção de tradições alimentares ou a transformação destas.

As recordações infantis trouxeram lembranças da família e da organização da rotina alimentar considerando como personagens fundamentais deste processo suas avós e suas mães, caracterizando a presença de, pelo menos, duas gerações responsáveis pela transmissão dos hábitos, costumes alimentares e sentimentos.

Ficou evidente que as necessidades alimentares destas mães não se baseavam somente no caráter nutritivo dos alimentos. Elas pareciam buscar constantemente cuidado, atenção e afeto, confirmando o caráter afetivo envolvido no processo alimentar e na alimentação. Nesta função, os alimentos que lhes eram oferecidos vinham acompanhados de temperos-emoções tanto amargo como o desprezo e a rejeição, quanto recheados por carinho. Estes ingredientes tornaram-se essenciais na construção de seus hábitos alimentares e de seus vínculos afetivos.

Os relatos ainda sugerem que diante da possibilidade de assumirem o cuidado com a própria alimentação, estas mães ensaiaram tentativas de modificar

aquelas tradições e costumes com a finalidade de vivenciar outra maneira de receber e oferecer o alimento. Contudo, observou-se que os significados que a alimentação assumiu para estas mães estavam pautados nas referências e valores transmitidos por suas próprias mães.

Um ponto que chamou a atenção nestes enredos refere-se ao fato de todas as mães terem apresentado alguma experiência de restrição alimentar, seja pela dificuldade financeira familiar ou pela resistência em ingerir determinados alimentos principalmente durante a infância. Baseando-se em tais experiências e pautados pela literatura resgatada no corpo deste trabalho, pode-se supor que a existência de dificuldades precoces na construção dos vínculos com suas genitoras, de alguma maneira, foram reativadas, consciente ou inconscientemente, nas atitudes frente à alimentação e aos cuidados com suas próprias filhas, constituindo a base de uma herança psíquica transmitida transgeracionalmente.

Esta suposição encontra respaldo quando estas mães relataram que após o adoecimento das filhas também apresentaram dificuldades em manter seus próprios desejos alimentares, esquecendo-se de que, em um período de suas vidas, já haviam vivenciado situações em que a relação com o alimento fora comprometida.

Pode-se pensar que as dificuldades das mães referentes à sua alimentação e aos vínculos construídos a partir da relação com suas próprias mães tenderam a se repetir com as filhas, com poucas possibilidades de transformação.

Nesse sentido, sugere-se que as filhas podem ter herdado das mães aquelas histórias que foram guardadas no porão de suas mentes, os lutos não elaborados, os segredos, os traumas e os silêncios e assim, por um mecanismo de identificação mórbida, assumiram a ingrata tarefa de cuidar daquilo que a mãe rejeitou. Neste caso, mãe e filha se misturam, não há espaço para a diferenciação psíquica e o reconhecimento da individualidade.

Então, como cuidar desta herança a fim de preservarmos a saúde, a mente pensante e criativa?

Silva (2003, p. 152) nos lembra que a transmissão dos fenômenos transgeracionais está presente em todos nós; “eles só se tornam sinistros quando nos são interditados de conhecê-los, de pensá-los, de sonhá-los”.

Winnicott (1999, p. 10, grifo do autor) diz que a tendência do indivíduo para amadurecer é em parte herdada e faz a seguinte referência:

“[...] a saúde não é fácil. A vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitivos, dúvidas, frustrações, tanto quanto por características positivas. O principal é que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo sua própria vida*, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência para a independência, ou autonomia”.

O objetivo deste trabalho foi investigar a transgeracionalidade a partir da compreensão das experiências alimentares destas mães. O que se observou é que tanto mãe quanto filha vivem num cenário de dor, sofrimento, desencontro e frustrações. Assim, não se pretende encontrar culpados ou vítimas que justifiquem a existência deste fenômeno nos transtornos alimentares, mas ampliar os estudos sobre uma herança que muitas vezes passa despercebida pelas gerações impedindo-as de olharem para seus próprios fantasmas, suas dores, seus lutos, seus segredos.

Acredito, contudo, estar diante de mentes que ainda possam se desenvolver e ensaiar a composição de uma nova história em busca da subjetivação e por este motivo, estou longe de afirmar ou concluir o assunto. Neste novo enredo, espera-se que possa existir espaço para a representação e para um viver criativo, e que estas duplas consigam ressignificar experiências e sentimentos, construir novos capítulos e transformar o inominável.

Inominável que muitas vezes tomou conta da minha mente enquanto elaborava este trabalho. Diante de um material denso e recheado de intensas emoções, senti-me muitas vezes incapaz de pensar e de transformar todo este conteúdo em palavras, já que não poderiam ser palavras perdidas e sim, que oferecessem de alguma maneira, um alimento nutritivo a estas mães e à composição deste trabalho. Solidão, medo, insegurança, alto nível de exigência e de expectativas fizeram parte deste processo. Contudo, confesso e concordo que um ambiente favorável e acolhedor podem proporcionar a capacidade de transformar a angústia em pensamento e isto não me faltou.

Obviamente que ao tentar compreender o que estava guardado no porão da mente destas mães precisei dar voz às minhas próprias heranças e a partir de então este trabalho foi assumindo forma e transformou esta experiência em um rico aprendizado não só teórico, mas que se reflete em todos os campos da minha vida.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS³

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV-TR)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANDRÉ-FUSTIER, F.; AUBERTEL, F. Transmissão psíquica familiar pelo sofrimento. In: EIGUER, A. et al. **A transmissão do psiquismo entre as gerações**: enfoque em terapia familiar. São Paulo: Unimarco Editora, 1998. cap. 3, p. 129-179.
- ALESSI, N. P. Conduta alimentar e sociedade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 327-332, jul./set. 2006.
- APPOLINÁRIO J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 28-31, 2000. Suplemento 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília, DF, 2003.
- BIASOLI-ALVES, Z. M.; ROMANELLI, G. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis-Summa, 1998.
- BIGHETTI, F. et al. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: KALINOWSKI, C.E. et al. **PROENF – Programa de atualização em enfermagem, saúde do adulto**: saúde do adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 9-45.
- BÓ, D. E B.; BARBOSA, R. Anorexia, bulimia e família: uma experiência com trabalho em grupo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 12, p. 533-537, 1999.
- BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares – Quadro clínico. **Medicina** Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./set. 2006.
- BRUCH, H. **The golden cage**: the enigma of anorexia nervosa. Boston: Harvard University Press, 1978.
- BULIK, C. M.; TOZZI, F. Twin studies of eating disorders: a review. **International Journal of Eating Disorders**, Los Angeles, v. 27, n. 1, p. 1-20, 2000.
- CANESQUI, A. M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: CANESQUI, A. M. et al. **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 1, p. 23-47.
- CARAM, C. T. R. M. et al. Família: o que sai desse baú? In: PORTUGAL, A. M. **O porão da família**: ensaios de psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 43-53.

³ De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023, 2ª edição. São Paulo, 2009.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade**: uma história da alimentação. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CARRETEIRO, T. C.; FREIRE, L. L. De mãe para filha: a transmissão familiar em questão. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2009.

COBELO, A. W. O papel da família nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares**: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. cap 7, p. 119-129.

CORREA, O. B. R. Transmissão psíquica entre as gerações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2009.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. Valor social e cultural da alimentação. In: CAENESQUI, A. M. et al. **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 3, p. 57-68.

DE VARGAS, SM. Fundamentos teóricos para a compreensão da formação e aprendizagem de leigas no campo. **Movimento: Revista da Faculdade de Educação**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 94-106, 2000.

DOS SANTOS, J. E. Grata: nossa história, trabalho e desafios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 323-326, jul./set. 2006.

DUARTE, R. Qualitative research: reflections on field work. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2008.

FAIMBERG, H. A telescopagem das gerações a propósito da genealogia de certas identificações. In: KAËS, R. et al. **Transmissão da vida psíquica entre as gerações**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. p. 71-93.

FREUD, S. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 7, 1974. Original publicado em 1905.

FREUD, S. Totem e tabu. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 13, 1976a. Original publicado em 1913.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 13, 1976b. Original publicado em 1914.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 13, 1976c. Original publicado em 1921.

GARCIA, R. W. D. **A comida, a dieta, o gosto. Mudanças na cultura alimentar.** São Paulo, 1999. 312 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GIARD L. Artes de nutrir. In: CERTEAU M, et al. **A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar.** Rio de Janeiro: Vozes, 1998. p. 211-233.

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

KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. et al. **A transmissão do psiquismo entre as gerações: enfoque em terapia familiar.** São Paulo: Unimarco Editora, 1998. p. 5-19.

_____. O sujeito da herança. In: KAËS, R. et al. **Transmissão da vida psíquica entre as gerações.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2001a. p. 9-25.

_____. Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In: KAËS, R. et al. **Transmissão da vida psíquica entre as gerações.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001b. p. 27-69.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos: 1946-1963.** Rio de Janeiro: Imago, 1985.

KLEIN, D. A.; WALSH, T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. **Physiology & Behaviour**, Elmsford, v. 81, n. 2, p. 359-374, 2004.

LOFRANO, V. H.; LABANCA, R. **Anorexias y bulimias.** Buenos Aires: Funtadip, 1995.

MACIEL, M. E. Identidade cultural e alimentação. In: CAENESQUI, A. M. et al. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 2, p. 49-55.

MARCELLI, D. Psicopatologia da esfera oro-alimentar. In: _____ **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. cap. 7, p. 103-109.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; BAKER, L. **Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.** Boston: Harvard University Press, 1978.

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

_____. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 309-334, 2004.

_____. Distúrbios da alimentação, anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 27-34, 2005.

_____. A complexidade da relação mãe-filha nos transtornos alimentares: um olhar da psicanálise. **Cadernos da CEPPAN – Revista de Transtornos Alimentares**, São Paulo, n. 4, p. 7-9, mar. 2009.

MORGAN, C. M. et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 18-23, 2002. Suplemento 3.

MORGAN C. M. ; CLAUDINO A. M. Epidemiologia e Etiologia. In: CLAUDINO A.M. et al **Transtornos Alimentares e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. p. 15-23. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

MOURA, F. E. G. A. **O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares**. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

NIELSEN, S. Epidemiology and mortality of eating disorders. **Psychiatric Clinics North America**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 201-214, 2001.

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

OSÓRIO, L. A. família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 4, p. 49-58.

OLIVEIRA, E. A. ; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosa: ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-360, jul./set. 2006.

POULAIN, J.-P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 365-386, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2010.

QUANT, S. A. Influências sociais e culturais no consume dos alimentos e no quadro nutricional. In: SHILS, M. E. et al. **Nutrição moderna na saúde e na doença**. São Paulo: Manole, 2009. cap. 110, p. 1871-1882.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 229-237, 2000. Suplemento. 3.

RIBEIRO, M. Mães e filhas. **Cadernos da CEPPAN – Revista de Transtornos Alimentares**, São Paulo, n. 4, p. 4-6, mar. 2009.

RIBEIRO, R. P. et al. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 45-53, 1998.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 333-339, jul./set. 2006.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2010.

SANTOS, M. A. et al. Grupo de apoio psicológico aos familiares de portadores de anorexia e bulimia nervosa. **Revista SPAGESP**, São Paulo, v. 3, p. 139-143, 2002.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-402, jul./set. 2006.

SCHIMIDT, U. A etiology of eating disorders in the 21st century. New answers to old questions. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Darmstadt, v. 12, p. 30-37, 2003. Supplement 1.

SILVA, M. C. P. **A herança psíquica na clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

THOMSON, P. **A voz do passado - história oral**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000a. cap. 24, p. 399-405. Original publicado em 1956.

WINNICOTT, D. W. O apetite e os problemas emocionais. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000b. cap. 3, p. 91-111. Original publicado em 1936.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: _____. **Tudo começa em casa**. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 3-22. Original publicado em 1967.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

ZIMERMAN, D. E. O grupo família: normalidade e patologia da função materna. In: _____. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap. 7, p. 103-110.

APÉNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Christiane Baldin Adami Lauand, sou psicóloga e aluna de pós graduação, nível mestrado, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Gostaria de convidá-la para participar, voluntariamente, de uma pesquisa que estou realizando sobre Transtornos Alimentares. O objetivo do meu estudo é compreender como as mães com filhas portadoras de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) vivenciaram emocionalmente suas próprias experiências alimentares e que desdobramentos essas experiências tiveram no processo alimentar de suas filhas. Para isso, desejo conhecer a rotina alimentar da família, as práticas, atitudes, valores e sentimentos relacionados à alimentação e qualquer outro dado que julgar relevante das mães de pacientes portadoras de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) em tratamento no HCFMRPUSP e que freqüentam o Grupo de Apoio Psicológico vinculado ao GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares), no ano de 2008.

A previsão é entrevistar dez (10) mães, utilizando-se de uma sala disponibilizada para o estudo, garantindo a privacidade do atendimento. As entrevistas serão áudio-gravadas com duração aproximada de uma hora, preferencialmente as sextas-feiras após o Grupo de Apoio Psicológico. Posteriormente, estas entrevistas serão transcritas na íntegra para melhor compreensão dos dados coletados. A interpretação dos dados ocorrerá com a ordenação dos dados, transcrição das entrevistas, leitura repetida dos textos, classificação dos dados e organização de núcleos de sentido.

Reforço que a sua participação é voluntária, você tem todo o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento do processo, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade em participar do estudo, sem que isto gere qualquer tipo de desconforto ou risco a você e a sua filha, ou prejuízo ao tratamento. Não haverá custos ou despesas para você.

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

O termo de consentimento será impresso em duas vias, sendo que uma delas ficará com você e a outra com o pesquisador. Qualquer dúvida que você tiver a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa deverá ser esclarecida por mim.

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

Assinatura: _____.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

Pesquisadora: _____

Christiane Baldin Adami Lauand

Avenida Caramuru, 2300, apto 1313 / Ribeirão Preto/SP

Fone: (16) 3019-0387

Orientadora da Pesquisa: _____

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Fone: (16) 3602-3403

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

Nome:

Idade:

Profissão:

Estado Civil:

Escolaridade:

Numero De Filhos, Idade E Sexo:

Diagnóstico:

Tempo de Tratamento (Em Anos:)

Idade da época do diagnóstico (Em Anos):

PERGUNTAS ABERTAS

1. Conte-me como foi a sua alimentação desde a infância. Você se lembra de algum sentimento relacionado com estas lembranças?
2. Você se lembra de como aconteciam as refeições na sua família de origem, quando você era criança (quem organizava o cardápio, quem fazia as compras, quem preparava as refeições, o que era importante na decisão para o preparo dos alimentos)?
3. Em algum momento da sua vida você teve dificuldades ou problemas com a alimentação?
4. E atualmente? Como é a sua alimentação e a da sua família? Conte-me tudo sobre ela (quem organiza o cardápio, quem faz as compras, quem prepara as refeições, cozinha em casa ou em outro local e que local; quais refeições são realizadas em casa, quem participa delas, qual local da casa onde as refeições acontecem, o que é importante na escolha e no preparo dos alimentos. Essa maneira como a alimentação organiza-se na sua casa atualmente foi aprendida de que maneira? Com quem?)

5. O que você pensa que ocorreu para que sua filha desenvolvesse um Transtorno Alimentar?
6. Você acha que a doença da sua filha tem relação com o jeito da família se alimentar (valores, práticas, atitudes, sentimentos)?

ANEXO



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

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 12 de março de 2008

Ofício nº 876/2008
CEP/SPC

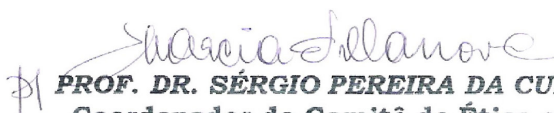
Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“ASPECTOS HISTÓRICOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MÃES E SUAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS NO PROCESSO ALIMENTAR DE SUAS FILHAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 262ª Reunião Ordinária realizada em 10/03/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12114/2007.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


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

Ilustríssima Senhora
CHRISTIANE BALDIN ADAMI
PROFª DRª ROSANE PILOT PESSA RIBEIRO (Orientadora)
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP