



LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS

**VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO
SEXO FEMININO COM ANOREXIA NERVOSA, ATENDIDAS
NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP: UM ESTUDO
CLÍNICO-QUALITATIVO.**

***EMOTIONAL EXPERIENCES OF MOTHERS OF FEMALE
ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA, ATTENDED IN
THE GENERAL HOSPITAL OF UNICAMP: A CLINICAL
QUALITATIVE STUDY***

**CAMPINAS - SP
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS

**VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO
SEXO FEMININO COM ANOREXIA NERVOSA, ATENDIDAS NO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP: UM ESTUDO CLÍNICO-
QUALITATIVO.**

Orientador: prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

***EMOTIONAL EXPERIENCES OF MOTHERS OF FEMALE
ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA, ATTENDED IN THE
GENERAL HOSPITAL OF UNICAMP: A CLINICAL QUALITATIVE
STUDY***

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas.

Master's dissertation presented in the Post Graduation School of Medical Sciences at the University of Campinas to obtain a Master's degree in Medical Sciences, in the area of Biomedical Sciences.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS, E ORIENTADA PELO PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS - SP
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C157v Campos, Lia Keuchguerian Silveira, 1981 -
Vivências emocionais de mães de adolescentes do
sexo feminino com anorexia nervosa, atendidas no
hospital das clínicas da UNICAMP: um estudo clínico-
qualitativo / Lia Keuchguerian Silveira Campos. --
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Anorexia nervosa. 2. Relações Mãe-Filho. 3.
Relações familiares. 4. Pesquisa qualitativa. I. Turato,
Egberto Ribeiro. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Emotional experiences of mothers of female adolescents with
anorexia nervosa, attended in the general hospital of UNICAMP: a clinical qualitative
study.

Palavras-chave em inglês:

Anorexia nervosa

Mother-child relations

Family relations

Qualitative research

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]

Sergio Luis Blay

Claudio Eduardo Muller Banzato

Data da defesa: 22-06-2012

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado
Lia Keuchguerian Silveira Campos

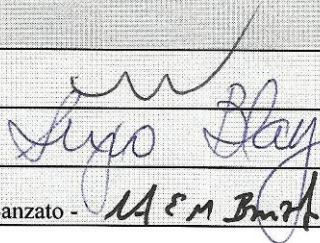
Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

1. Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato -

2. Prof. Dr. Sergio Luis Blay -

3. Prof. Dr. Claudio Eduardo Muller Banzato -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/06/2012

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador **Egberto Ribeiro Turato**, pelo apoio em período integral, pelas contribuições essenciais, pelas orientações nos caminhos tortuosos da pesquisa qualitativa, pela generosidade e pela capacidade de criar um espaço para que eu pudesse trazer as minhas ideias e caminhar livremente, sempre oferecendo uma escuta afetiva e aberta, um espaço de verdadeira aprendizagem.

Ao Dr. **Celso Garcia Junior**, por ter me possibilitado uma acolhida e receptiva inserção no Ambulatório de Transtornos Alimentares, pelas importantes trocas, compartilhando comigo a sua experiência, me garantindo a base necessária para a construção da presente pesquisa.

Ao meu marido, **Ronis Magdaleno Junior**, pelo companheirismo, pelos incentivos e confiança, por ter proporcionado uma estrutura para que eu pudesse me dedicar a presente pesquisa e cuidar da família e pelo olhar atento e crítico à minha produção, sempre trazendo contribuições importantes para minha reflexão.

Aos meus pais, **Ester Keuchguerian Silveira Campos e Marcelo Silveira Campos**, pelo suporte carinhoso e generoso, pela confiança e pelos investimentos. À minha mãe, em especial, que muito me ensinou sobre a maternidade, sendo exemplo de mãe e de mulher e ao meu pai, pelas constantes e sensíveis revisões do meu trabalho e principalmente por ter sido um modelo admirável de pesquisador.

Aos meus filhos, **Lucas e Giovana**, pela tolerância às minhas ausências para que eu pudesse me dedicar a essa pesquisa e pelo olhar admirado e cheio de confiança que me fazem sempre repensar minhas ações diante da responsabilidade de corresponder a esse olhar.

Ao professor e amigo **Cláudio Eduardo Muller Banzato** pelas inúmeras contribuições e pelas perguntas precisas que me possibilitaram refletir e enriquecer a presente pesquisa.

Ao Prof. Dr. **Sergio Luis Blay** pela disponibilidade e ricas contribuições à presente pesquisa .

Às colegas e amigas **Anna Beatriz Ribeiro Ferreira Sampaio e Maria Marta de Magalhães Battistoni**, por terem caminhado comigo sempre muito disponíveis, atentas e cuidadosas com o meu trabalho.

À equipe do Ambulatório de Transtornos Alimentares, em especial à **Ani Keuchguerian** pelo apoio, carinho e generosidade e à **Celina Matiko Hori Higa, Nádia Aparecida de Carvalho Simão, Elvira Correr Dantas e Lurdes Gonçalves** pela retaguarda que garantiu o desenvolvimento da minha pesquisa.

À **Lilian Gonçalves**, por sua generosidade, disponibilidade e competência.

Aos funcionários das secretarias de Pós-Graduação e do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP, em especial à **Márcia Aguiar dos Santos, André Luís Alcântara Goulart e Carlos Alberto Fidelis de Araújo** pelo apoio e orientações práticas essenciais para que o meu mestrado fosse possível.

À colega e amiga **Vera Lúcia Soares Chvatal**, pelo incentivo, confiança, apoio e contribuições ao meu trabalho.

À Sra **Susan Pyne**, pelas cuidadosas e precisas traduções de meus artigos

Ao Prof. Dr. **Sérgio Saboya Arruda**, por ter sido um daqueles professores que marcam a nossa trajetória acadêmica, sendo um exemplo de ética, responsabilidade e humanidade na pesquisa com seres humanos.

Aos colegas do **Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa**, em especial à **Andreia Queiroz Carniel, Carla Maria Vieira, Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo, Dione Viegas Almeida Ribeiro, Fátima Aparecida Böttcher Luiz, Flavia Machado Seidinger, Rosângela Higa e Silvia Nogueira Cordeiro** pelo envolvimento e dedicação que garantiram revisões importantes do meu trabalho.

À minha amiga **Débora Bicudo de Faria**, pela constante e afetiva companhia nos estudos.

Ao **CNPq** pelo apoio financeiro.

Às **mães das jovens com anorexia nervosa**, por terem confiado no meu trabalho e permitido que eu as acompanhasse pelos complexos caminhos de suas vidas, dividindo comigo suas angústias e sofrimentos psíquicos para que eu pudesse, junto com elas, mapear uma parte de suas vivências emocionais.

O presente estudo teve como objetivo conhecer as vivências emocionais das mães de adolescentes do sexo feminino, cujas filhas receberam o diagnóstico de anorexia nervosa e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Utilizamos o método clínico-qualitativo, por meio de entrevistas semidirigidas em profundidade, em uma amostra intencional, fechada pelo critério de saturação, com sete mães de paciente com anorexia nervosa. As entrevistas foram feitas individualmente no Ambulatório de Transtornos Alimentares do HC UNICAMP. Cuidados éticos foram tomados seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A técnica de tratamento de dados foi feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização. Os resultados foram submetidos à validação externa, junto ao Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativo do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP e na apresentação em congressos nacionais e internacionais. Os resultados possibilitaram identificar aspectos das mães das pacientes com anorexia nervosa que foram organizados em três categorias: Não diferenciação mãe-filha e falhas na comunicação; Quantidade versus qualidade; e Anorexia e oposição como um ataque. As mães das pacientes com anorexia nervosa propõem uma relação fusional na qual os aspectos da individualidade da filha ficam mal definidos e as tentativas de busca de individuação por parte das filhas são sentidas como um ataque e oposição aos cuidados maternos. As mães apresentam dificuldades em compreender as reais necessidades de suas filhas e tentam compensar deficiências qualitativas com quantidades, especialmente de alimentos e cuidados. Forma-se um círculo vicioso no qual a maternidade fica confundida com padrões rígidos de controle e de expectativas em relação à filha e as atitudes desta filha que sinalizam tentativas de individuação são sentidas como um ataque à mãe e sua devoção, o que leva as mães a recrudescerem os esforços no sentido de controlá-las e adequá-las ao padrão rígido proposto. Concluímos que os achados permitem contribuições para a ampliação dos conhecimentos e tratamentos da anorexia nervosa, ressaltando a necessidade do acompanhamento psicológico e psicoeducacional para as mães dessas pacientes.

Palavras-Chave: Anorexia nervosa, Relações mãe-filho, Relações familiares, Pesquisa qualitativa.

The present study aimed to understand the emotional experiences of mothers of female adolescents whose daughters were diagnosed with anorexia nervosa and who are receiving treatment at the Out-patient Clinic for Eating Disorders at the University Hospital of UNICAMP. The Clinical Qualitative Method was used, through in-depth semi directed interviews, using an intentional sample, closed by saturation, with seven mothers of female patients with anorexia nervosa. The interviews were conducted individually in the Outpatient Clinic of Eating Disorders, HC UNICAMP. Ethical Care was taken following the ethical standards established by the National Council of Health. The technical data processing was done through the qualitative content analysis of the fully transcribed interviews and categorization. The emerging categories were validated by peer-reviewers from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, UNICAMP and presentation at national and international conferences. The findings made it possible to identify aspects in mothers of patients with anorexia nervosa which were organized in three categories: Non-differentiated mother-daughter and failures in communication; Quantity versus quality; e Anorexia and opposition as an attack. Mothers propose a fusional relationship with their daughters, in which the aspects of individuality are ill-defined. The daughters' attempts to become individuals are felt as an attack, and experienced by mothers as injustice and aggression. The mothers have difficulties to understand their daughters' logic and try to remedy a qualitative deficiency with quantity, especially of food and care. A vicious circle is formed, in which motherhood is confused with rigid control standards and expectations for the daughter and every attempt of the daughters to individualize are experienced by their mothers as an attack on the mother and on her devotion, which leads mothers to increase her offensive to make her daughter adapt to the model she is proposing. We concluded that the findings provide important contributions which can improve knowledge and clinical interventions to treat anorexia nervosa, emphasizing the need for psychotherapeutic and psycho-education for the mothers of these patients.

Keywords: Anorexia nervosa, Mother-child relations, Family relations, Qualitative research.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AN** – Anorexia Nervosa
- TA** – Transtornos Alimentares
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- FCM** – Faculdade de Ciências Médicas
- DSM-IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
- CID-10** – Classificação Internacional de Doenças, Décima revisão

RESUMO.....	vii
ABSTRACT	viii
ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Questões Introdutórias.....	12
1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos da Anorexia Nervosa	12
1.3 Aspectos psicodinâmicos da Anorexia Nervosa e da relação mãe-filha	16
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos	23
3. RECURSOS METODOLÓGICOS.....	24
3.1 Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa	25
3.2 Sobre o método clínico-qualitativo	26
3.3 Aplicação do método clínico-qualitativo	28
3.3.1 Contato com o campo de pesquisa.....	28
3.3.2 Aculturação	29
3.3.3 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos	30
3.3.4 Coleta de dados	31
3.3.5 Técnica de tratamento de dados	32
3.3.6 Validação	34
3.4 Cuidados Éticos.....	36
4. RESULTADOS.....	38
ARTIGO 1 - Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis.....	39
ARTIGO 2 - The mothers of patients with anorexia nervosa: a qualitative study in Brazil	45
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÃO	62
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 Questões Introdutórias

Trata-se de uma pesquisa que teve como objeto de estudo as mães de adolescentes do sexo feminino, cujas filhas receberam o diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN) e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP. O enfoque foi nas vivências emocionais das mães e os aspectos psicológicos que são mobilizados pelo tratamento da filha, pela relação entre elas e com a patologia. O método utilizado para chegar a esse objetivo, foi o método clínico-qualitativo (1).

Aspectos relativos à relação mãe-filha, a feminilidade e a transgeracionalidade foram analisados a partir das entrevistas com estas mães. Para tanto, foram escolhidas as mães de filhas adolescentes, considerando a maior incidência de AN em mulheres e nesse período da vida, mas principalmente levando-se em consideração o critério psicodinâmico de identidade adolescente (2,3), por melhor atender aos nossos objetivos, já que este considera o período da adolescência como aquele marcado pela busca da identidade e uma luta constante por uma separação progressiva dos pais (2,3).

O estudo se propôs a colaborar com novos conhecimentos no que se refere aos aspectos psicológicos destas mães a fim de auxiliar no tratamento das pacientes. Estratégias de abordagem familiar foram propostas.

1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos da Anorexia Nervosa

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10) (4), a AN é um transtorno caracterizado pela perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre com mais frequência em mulheres adolescentes ou jovens, mas pode igualmente ocorrer em homens adolescentes ou jovens, como também em crianças próxima a puberdade e em mulheres de mais idade.

O sintoma principal é o medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, que é vivido como uma intrusão persistente de uma ideia supervalorizada. Os pacientes impõem a si mesmos um baixo peso, causando desnutrição de grau variável, acompanhada de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem também uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. A CID-10 exclui do diagnóstico de AN a perda de apetite e anorexia psicogênica.

Segundo a quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (5), a AN também se caracteriza pela distorção da vivência, da importância do peso e da forma corporal. Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global, ao passo que outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, e tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição. A autoestima dos indivíduos com AN depende, em alto grau, de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina e o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole.

O DSM-IV também descreve dois subtipos que podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de AN. O tipo *restritivo*, quando o indivíduo não apresenta um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação e o tipo *compulsão periódica/purgativo*, quando o indivíduo apresenta um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

A incidência de transtornos alimentares praticamente dobrou nestes últimos 20 anos. Especificamente em relação à AN, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1955 e 1984 em adolescentes de 10 a 19 anos (6). A prevalência de AN varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas.

Nos Estados Unidos é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma (6).

De acordo com o DSM-IV, mais de 90% dos casos de AN ocorrem em mulheres. A idade média para o início é de 17 anos de idade, com picos bimodais aos 14 e aos 18 anos de idade.

Nielsen (7), após extensa revisão de estudos epidemiológicos, estima que, entre mulheres, a incidência de AN é de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos, ao passo que, em homens, a incidência é menor que 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. Segundo os estudos de Klein e Walsh (8) os transtornos alimentares afetam predominantemente mulheres jovens, com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20.

Beumont et al. (9) ressalta a gravidade da AN, que está associada a um curso crônico e alta mortalidade. A maioria dos estudos sobre os resultados da AN relata taxas de mortalidade bruta, mas a causa de morte destes pacientes não é definida. Steinhausen (10) revisou 119 trabalhos da literatura inglesa e alemã, abrangendo 5.590 pacientes com AN. Foram analisados aspectos relativos aos resultados da anorexia e seus achados revelaram que a média da taxa de mortalidade bruta foi de 5,0%. Entre os pacientes que sobreviveram com uma recuperação total, ou seja, a regularização do peso, do ritmo menstrual e do comportamento alimentar, foram, em média, de 46,9%, enquanto 33,5% destes pacientes apenas melhoraram e 20,8% mantiveram a doença cronicamente.

Em um estudo de acompanhamento de longo prazo para verificar a influência de variáveis médicas, psicológicas e sociais no prognóstico da AN, Zipfel et al. (11) sugerem que a atenção dos clínicos deve centrar-se nos sintomas psicológicos e sociais, e não apenas em dados clínicos relativos à recuperação do peso destas pacientes. Alertam ainda que, devido à complexa natureza dos fatores prognósticos, estes pacientes devem ser acompanhados por uma experiente equipe multidisciplinar. Kaplan (12), em seu estudo de revisão de literatura das últimas três décadas, aponta para a maior eficácia da terapia familiar para pacientes jovens no início da doença dentre outras abordagens terapêuticas.

De acordo com os diversos estudos, as relações familiares estão envolvidas tanto na origem da AN quanto na sua manutenção (13,14,15,16,18). Trata-se de famílias com muitos conflitos (13,18,19,20) e o principal conflito que as mulheres com transtornos alimentares experimentaram ao longo da sua infância e adolescência decorreu principalmente do fato de terem expectativas divergentes das de seus pais (13,19). Há a história de tentativas de busca pela individuação nestas jovens, com seus objetivos pessoais fazendo frente às expectativas dos pais (19,21).

As relações familiares problemáticas, pautadas principalmente na falta de limites, desencadeiam sofrimento intenso. A superproteção, a alta expectativa sobre seus membros e valores centrados no êxito e na aparência externa, também compõem frequentemente essa dinâmica familiar. Dessa forma o corpo familiar adoecido centraliza essas limitações, necessidades e dificuldades, em um sintoma, a AN, que tem valor de expressão e denúncia importante (18).

O acompanhamento familiar é um elemento fundamental no tratamento de transtornos alimentares (18,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31), devendo a assistência prestada a esses pacientes incluir o atendimento aos familiares por equipe treinada, tanto no diagnóstico como nas intervenções clínicas (18,28). Whitney et al. (28) propõem que uma atenção especial deva ser dada ao acompanhamento das mães, já que tendem a apresentar respostas mais intensas á sintomatologia da filha.

MacMaster, Beale, Hillege e Nagy (30) alertam que os profissionais de saúde precisam reconhecer que os pais são parte integrante do processo de recuperação, um recurso principal. Segundo esses autores, os pais podem ser orientados a fim de se tornarem agentes da mudança (30) ao invés de ficarem tentando controlar a situação e mantendo o poder para si.

Um aspecto relevante da terapêutica da AN é aquele relacionado ao uso de psicofármacos. Apolinário et al. (32) destacam a ausência de uma opção farmacológica cuja eficácia tenha sido demonstrada convincentemente levando-se em conta a gravidade da condição clínica, mas ressaltam que existem

investigações em andamento sobre a prevenção de recaídas com o uso da fluoxetina e de novos agentes antipsicóticos.

Outro aspecto importante no tratamento da AN diz respeito à necessidade de internação hospitalar destes pacientes. Casper, (33) sugere que se a perda de peso for superior a 25% do peso adequado para a idade e altura, a hospitalização é indispensável com objetivo de recuperação nutricional e para que o paciente retome o crescimento físico e emocional. Na maioria dos casos, o tratamento da AN exige muitos meses de hospitalização, e anos de tratamento ambulatorial, é um processo lento e penoso devido à resistência em consumir calorias e ganhar peso que tem que ser atravessada repetidamente sem afetar negativamente os recursos emocionais do paciente.

1.3 Aspectos psicodinâmicos da Anorexia Nervosa e da relação mãe-filha

O estudo dos aspectos psicodinâmicos da AN aparece já na obra de Freud (34) que escreve em uma carta a Fliess:

A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite - em termos sexuais, perda da libido (34, p.247).

Mais tarde, em 1918, Freud expande sua compreensão do fenômeno ao escrever que:

É sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre numa idade muito posterior, na época da puberdade ou pouco depois, e que exprime a aversão à sexualidade por meio da anorexia. Essa neurose terá que ser examinada em conexão com a fase oral da vida sexual. O propósito erótico da organização oral aparece também no auge do paroxismo de um amante (em tais frases como 'eu poderia devorá-la com amor') e em relações afetivas com crianças, quando a pessoa adulta finge ser ela própria uma criança (35, p.113).

De acordo com Miranda (14), este transtorno está originalmente implicado com conflitos em relação ao desejo. Etimologicamente, a palavra anorexia vem do grego arcaico *orexis*, que significa desejo em geral e não apenas desejo de comer, precedida do prefixo *a* de negação. Deste modo, anorexia seria a “negação do desejo” (14, p.309). A principal diferença diagnóstica entre os fenômenos anoréxicos e os histéricos, mesmo que muitas vezes encontremos traços de ambas as patologias misturadas, é a de que na AN existe a negação do desejo, enquanto na histeria há a repressão do desejo.

Colucci (35) fala sobre a necessidade de reconstrução do desejo na paciente com AN, estando o ponto de conflito na saída da infância e entrada na pré-adolescência, que é uma fase que requer uma estrutura mental que suporte o contato com a pressão interna das pulsões e a pressão imposta pelas dificuldades externas. Nesta fase do desenvolvimento psíquico ocorre uma irrupção pulsional que ameaça romper o equilíbrio de defesas constituídas para dar conta das dificuldades de sobrevivência. Se essa irrupção é contida, pode provocar o estado de congelamento e desvitalização que é observado nas pacientes com AN (35).

Para Viglietti (17) há poucos sintomas que, como a AN, “resolvem” de forma tão radical o sofrimento que os sustenta. Para este autor, se entendermos a anorexia como uma defesa contra o árduo trabalho psíquico de elaboração que a puberdade e a adolescência supõem, podemos também entender a sensação maníaca de triunfo experimentada por essas jovens que já não sentem seu corpo como uma realidade inquietante, mas que, pelo contrário, nos mostram com seu sintoma sua capacidade de controlá-lo. Nesse sentido, a anorexia não deixa de ser uma saída realmente vitoriosa. Vitória baseada no controle onipotente desse mesmo corpo que até há pouco era exigência de trabalho psíquico. O sintoma anoréxico é experimentado como um marco de euforia vitoriosa em virtude de criar a ilusão de ter-se encontrado um atalho para a adolescência, atalho que pretende burlar a enorme exigência de trabalho psíquico que a adolescência sempre implica.

Della Nina (37) alerta para a tendência a superficialidade na compreensão da correlação entre o aumento da incidência dos transtornos alimentares nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, onde existe a moderna inclinação a exibir como modelo de beleza a mulher magra e esbelta, que leva alguns autores a interpretar equivocadamente que adolescentes, carentes de identificação, desencadeariam seus quadros anoréxicos exclusivamente a partir da situação cultural. Este autor, explicita a importância da constituição mental na compreensão desta interação do individual e do sócio-cultural, pontuando que existe um longo e trabalhoso caminho na construção da identidade, permeado pelo interjogo complexo e dinâmico entre processos psíquicos internos e a cultura.

Portanto, nas pessoas com transtornos alimentares existiria uma falha na capacidade de simbolização, e a cultura não causaria a doença, mas seria parte dela. A característica da atual cultura na qual predominam as condutas de ação sobre as possibilidades reflexivas, levaria a acentuar as pré-existentes deficiências da simbolização e do pensar. O ideal de beleza constitui provavelmente aquele espaço no inconsciente que permanece sem possibilidade de simbolização e a AN pode ser considerada a expressão mais “dramática e desesperada” da tentativa de alcançar esse espaço e a individualidade (37, p.703).

Segundo Miranda (14) a dinâmica da AN é basicamente feminina, pois têm a alimentação, o corpo, a reprodução, a sexualidade e a relação mãe-filha como elementos nucleares. As meninas com AN da contemporaneidade expressam de modo diverso os sintomas de antigas patologias,

[...] seus corpos revelam, de modo original, singular e contemporâneo, enredos históricos de vidas comprometidas com vínculos de intensa paixão, transmitidos transgeracionalmente. [...] 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. [...] 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. (14, p.319).

Nesse sentido, o trabalho de Lawrence (15) ressalta que aspectos da feminilidade estão envolvidos no desenvolvimento da AN e que de certa forma a mãe em sua função materna não pôde ser efetiva no que se refere à contenção dos impulsos do bebê. A autora aponta para uma falha importante na função materna, na qual o bebê ficou exposto não apenas aos seus próprios impulsos, que não puderam ser contidos, transformados e compreendidos pela mãe, mas ainda recebeu uma carga emocional projetada pela própria mãe. Desse modo, a recusa em receber alimentos da paciente com AN seria vista como uma tentativa de defesa dessas projeções maternas.

Segundo Camargo (38) o denominador comum das histórias dessas pacientes é o desejo invasivo da mãe. O desejo materno se impõe e toma posse do corpo e do desejo da filha. “A luta é de amor e ódio e, com a impossibilidade de separação, mãe e filha ficam aprisionadas e fusionadas” (38, p.118).

Viglietti (17) descreve as mães das pacientes com AN, como mulheres desvalorizadas por maridos que não as levam em consideração e que as depreciam de forma mais ou menos encoberta e que são, em geral, frustradas em sua vida conjugal. A feminilidade aparece como algo muito desvalorizado e, portanto, oferecem as suas filhas um modelo identificatório muito pobre, como o negativo de um ideal, o que pode fazer com que a filha recorra à anorexia como uma forma de apagar de seus corpos todos os traços de feminilidade. Para este autor, essas mães tiveram com as suas mães, no passado, uma relação idealizada e ao mesmo tempo ambivalente, provocando, agora, um forte impacto no relacionamento com suas filhas. Essa é a transmissão transgeracional. Seria por este motivo que estariam mais predispostas a relacionar-se de maneira sado-masoquista com suas filhas do que dispostas a tentar compreender o sofrimento que se esconde no sintoma. Não suportam saber e, por isso, rapidamente se acomodam no papel de vítimas de uma filha sádica que as tiraniza com suas exigências descabidas, evitando entrar em contato com suas próprias dificuldades (17).

O funcionamento psicótico encontrado nas perturbações alimentares, expresso nas distorções na imagem corporal, nas dissociações e nos conteúdos alucinatórios, tem, a partir de uma perspectiva kleiniana, o ponto inicial de desencadeamento em medos persecutórios (14). Klein (39) associa as dificuldades alimentares das crianças pequenas ao medo de objetos internos perigosos. Um sentimento de onipotência com o propósito de controlar e dominar esses objetos internos surge para proteger a criança da angústia insuportável relacionada à perda desses objetos, ou seja, a fantasia da morte de seus pais.

A AN reforça este aspecto onipotente da defesa maníaca, e se organiza para repudiar sentimentos e ansiedades, especialmente as que dizem respeito à elaboração da situação edípica. O objetivo principal da paciente com AN seria, ao controlar rigidamente o que ingerem, controlar os pais internos e conservar a fantasia de poder controlar a inter-relação deles. Assim, seus objetos internos, tanto a mãe quanto o pai, seriam vítimas de ataques violentos, mortos de fome e vítimas de sofrimento até que se submetam e, de forma típica, renunciem a relação entre si (40). A aceitação dos pais como um casal sexual e com sua relação exclusivamente própria é um dos aspectos mais difíceis de serem negociados no complexo de Édipo, e o fracasso dessa negociação está na raiz de diversas formas de psicopatologia como ressalta Britton *apud* Lawrence (40).

Lawrence (40) faz uma compreensão do trabalho de Birksted-Breen ressaltando o aspecto do desejo e do medo da fusão com a mãe das meninas com AN. O pai passa a ser considerado um intruso, que perturba esta fantasia de fusão. Assim, impedida a relação entre si dos pais internos torna-se impossível a configuração triádica edípica, existindo a ausência de uma terceira posição, que acarreta a falta de espaço para a simbolização. É neste contexto que surge a aparente impossibilidade de que essas pacientes com AN tornem-se mulheres adultas sexuais (40).

Este achado corrobora com as ideias desenvolvidas por Freud (41) em seu texto intitulado “Feminilidade”, no qual ressalta a necessidade de a menina, para atingir a feminilidade e tornar-se mulher, sair da relação primitiva com a mãe e ir

em direção ao pai. Freud se intriga em saber o que põe fim a essa poderosa vinculação da menina à sua mãe e observa que esse passo no desenvolvimento não envolve apenas uma simples troca de objeto, mas o afastar-se da mãe é um passo que se acompanha de hostilidade. Deste modo, a vinculação da menina à mãe terminaria em ódio, um ódio primitivo que pode tornar-se muito influente e durar toda a vida, podendo ser muito cuidadosamente supercompensado posteriormente.

Para Della Nina (37) o que chama a atenção na psicodinâmica da AN é a difícil estruturação de um espaço mental e o deficiente desenvolvimento da função simbólica e da utilização dos símbolos culturais, devido à ausência da configuração triádica edípica. Por falhas primárias na constituição precoce do ego ou por movimentos regressivos a etapas pré-edípicas, duas consequências imediatas parecem evidentes a este autor, a primeira é que ao lado da restrição alimentar também ocorre restrição no uso do espaço cultural, limitando a menina com AN ao seu próprio corpo, agora identificado com os modelos ideais, ou fobicamente tratado, alienado de si mesma. A segunda consequência é a restrição evolutiva da sexualidade e dos afetos, condensados dentro de uma linhagem feminina fusional e aderente à comida, que passa a ser substituta de todos os destinos de ligação simbólica e pulsional (37). Assim, essas meninas ficariam sem o espaço de fronteira entre aquilo que é subjetivo e o que é objetivamente percebido, o espaço transicional, levando a um empobrecimento das possibilidades de expressão de um impulso, assim como das capacidades de transformar e apreender a cultura.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as vivências emocionais de mães de adolescentes do sexo feminino, cujas filhas receberam o diagnóstico de AN e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

2.2 Objetivos específicos

- Discutir as vivências emocionais das mães em relação a sua feminilidade, revivida no contato com a filha.
- Discutir o significado emocional da experiência da maternidade para as mães de filhas com AN.
- Discutir o sentido que o transtorno da filha tem para essas mães.

3. RECURSOS METODOLÓGICOS

3.1 Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa

A metodologia qualitativa é aquela que considera a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Sendo as relações e as estruturas sociais, entendidas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (42).

De acordo com Minayo (42), a pesquisa qualitativa é aquela que busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e indivíduos, suas relações, seus movimentos sociais, seus valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos. Além de processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Segundo Turato (1), o pesquisador qualitativista vai a campo estudar o significado que as coisas têm para um indivíduo em particular ou um determinado grupo. Para este autor os sentidos e as significações dos fenômenos estão no cerne da pesquisa qualitativa e cabe ao pesquisador dessa área captura-los, ouvindo e observando as pessoas pesquisadas, e dar interpretações a estes. Ai entra uma questão interessante abordada por Minayo (42) que está relacionada a inevitável participação da intencionalidade do pesquisador na delimitação de seu campo de pesquisa, em seus pressupostos e em seus objetivos. De acordo com a autora, a investigação qualitativa revela “o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto e entre a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber” (42 p. 23).

Na pesquisa qualitativa, a subjetividade ocupa um lugar de destaque como fundante de sentido, e deste modo constitutiva do social, inerente ao entendimento objetivo de qualquer fenômeno humano (42). Como afirma Cassorla, no prefácio do livro de Turato (1), a subjetividade do pesquisador tem grande importância, pois “[...] o pesquisador terá que estar envolvido, emocionalmente também, com seu

objeto de estudo. Terá que misturar-se com ele, identificar-se, 'ser ele'. [...]" (1 p. 25).

Deve-se atentar ao cuidado para que essa subjetividade não caracterize um viés e, para tanto, ressalta:

[...] esta subjetividade terá que ser avaliada objetivamente. [...] o pesquisador se divide em dois aspectos [...] um que se mescla com o objeto de estudo e outro que observa como ocorre essa mistura, que fenômenos interferem, qual a sua dinâmica. O cientista observa-se a si mesmo, e, a partir disso, pode supor quais características do objeto interferiram em si, podendo identificá-las através desse mecanismo. (1 p. 25).

Para Minayo (42), é importante que o pesquisador possa pôr em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que importa para o objeto, os princípios de sua relação com a realidade e suas próprias relevâncias.

Minayo (42) aponta para a dificuldade de se trabalhar com uma abordagem metodológica de um tipo de ciência em que o observador e o observado são da mesma natureza e em que o investigador e seu tema compartilham dos mesmos recursos. A autora postula que na pesquisa qualitativa é importante a objetivação para reconhecer a complexidade do objeto das ciências sociais, teorizar, rever criticamente o conhecimento acumulado, estabelecer conceitos e categorias, usar técnicas adequadas e realizar análises específicas e contextualizadas. "A *objetivação* leva a repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, mas exige buscar formas de reduzir a incursão excessiva de juízo de valor na pesquisa" (42 p.62). Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e tratamento dos dados auxiliam o pesquisador a ter uma visão crítica do seu trabalho e agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas.

3.2 Sobre o método clínico-qualitativo

O método clínico-qualitativo é o método qualitativo aplicado ao campo da saúde e se propõe a investigar e interpretar os fenômenos nesse campo. De

acordo com Turato (1), a proposta desse método é de adequar a metodologia qualitativa genérica à problemas originados na clínica, reunindo uma atitude clínica, de um pesquisador desta área, com o tratamento qualitativo dos dados obtidos.

O método qualitativo, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, não pode ser reduzido à ideia de que é usado para estudar a “qualidade” de um objeto. Assim como nas Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para as pessoas, no caso da pesquisa qualitativa aplicada à saúde o indispensável é saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para as pessoas, qual o seu significado (1).

Este referido significado tem função estruturante, pois é em torno do que as coisas significam que as pessoas organizam suas vidas e também seus próprios cuidados com a saúde. Estes significados passam a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Em relação às questões relacionadas à saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, promover maior adesão de pacientes e da população a tratamentos individuais e de medidas implementadas coletivamente, além de entender de maneira mais profunda sentimentos, ideias e comportamentos dos acometidos por doenças, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde envolvida (1).

Para Minayo (42), no campo da saúde existe uma complexidade dos objetos de estudo, considerando que além das questões biomédicas deve-se atentar ao fato de que o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida. A autora ressalta que a realidade dos fatos, nesse campo, está intensamente permeada por questões simbólicas e afetivas, que saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário das pessoas, pois ambos são reais em suas consequências. Desse modo, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de

prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige, incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos (42).

Segundo Turato (1), no método clínico-qualitativo o pesquisador é chamado a usar da interdisciplinaridade, sustentada por três pilares de referenciais teóricos que funcionam como características demarcadoras e consistem em uma atitude existencialista, clínica e psicanalítica. O que proporciona, dessa forma, uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano, uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha de forma terapêutica, a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação afetiva e direta com as pessoas envolvidas na pesquisa (1).

De acordo com o que foi exposto, pensamos que o presente método seria o mais apropriado diante do objeto de estudo desta pesquisa. O método clínico-qualitativo permite compreender o homem em toda a sua complexidade e dessa forma, é o caminho mais adequado e consistente para se chegar ao que nos propomos a estudar.

3.3 Aplicação do método clínico-qualitativo

3.3.1 Contato com o campo de pesquisa

O primeiro momento da aplicação do método clínico-qualitativo trata-se da ambientação do pesquisador no campo de trabalho no qual se desenvolverá a pesquisa. O que segundo Turato (1), refere-se a uma adaptação pessoal a um determinado espaço funcional e à rotina de trabalhos e hábitos que as pessoas deste ambiente desenvolvem. No caso da presente pesquisa, deu-se no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Este ambulatório funciona às terças-feiras, no período da manhã e conta com uma equipe multiprofissional, incluindo psiquiatras, residente de terceiro ano

em psiquiatria, endocrinologistas, psicólogos, estagiários de psicologia, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Reuniões de equipe são feitas semanalmente para discussões clínicas e científicas.

Desde sua criação em 2005, o Ambulatório de Transtornos Alimentares atendeu 57 pacientes, dos quais 30 com o diagnóstico de AN (17 típica e 13 atípica), 22 de Bulimia Nervosa (20 típica e 02 atípica) e 05 de Transtorno Alimentar Não Especificado. Todos os pacientes têm idade superior a 12 anos. Existe uma lista de espera constante, com no mínimo dez pacientes.

Os pacientes são atendidos clinicamente por psiquiatras e recebem acompanhamento nutricional e tratamento clínico com endocrinologistas. Além disso, participam de grupos terapêuticos de orientação comportamental e terapia psicodinâmica individual de base psicanalítica. Seus familiares são atendidos em psicoterapia de grupo de base psicanalítica.

3.3.2 Aculturação

Após a ambientação, faz-se necessário que o pesquisador vivencie um processo de aculturação, de assimilação das ideias e costumes daquele ambiente, a partir de uma relação contínua entre a cultura do pesquisador e a cultura do lugar onde acontecerá a pesquisa, com a imersão temporária do pesquisador nesse campo.

A pesquisadora participou ativamente das atividades do ambulatório, com o propósito de aculturação em campo. Frequentou, voluntariamente, o grupo psicoterapêutico para familiares dos pacientes com transtornos alimentares. As informações provenientes desta fase foram anotadas no diário de campo e utilizadas para avaliar e reformular as perguntas inicialmente propostas para as entrevistas, e até mesmo de alguns objetivos específicos da pesquisa.

3.3.3 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos

De acordo com Turato (1), a amostra é construída a partir do critério de homogeneidade ampla, que corresponde à soma de características/variáveis em comum a todos os indivíduos que compõem a amostra.

Desse modo, os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa foram os seguintes:

- Ser mãe de adolescente do sexo feminino que recebeu o diagnóstico de AN
- Estar em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP
- Apresentar concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III)
- Não apresentar condições clínicas, emocionais e intelectuais que possam interferir em uma entrevista psicológica, para que possa trazer informações consistentes sobre o tema.

Em princípio, a composição da amostra foi indiferente quanto: ao tempo de diagnóstico da filha; se trata-se de anorexia típica ou atípica; se houve internação; e a certos dados bio-demográficos das entrevistadas, tais como: estado civil, escolaridade, nível socioeconômico ou religião. No entanto, tais condições foram analisadas se eram significativas para a discussão e foram consideradas para que suas influências não se constituíssem em vieses da pesquisa na construção dos conhecimentos.

A amostra foi fechada pelo critério de saturação (43), quando, após um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta, surge um momento em que pouco de substancialmente novo aparece. Para isso, deve-se considerar cada um dos tópicos abordados ou identificados durante a análise e o conjunto dos entrevistados. Turato (1) ressalta que esse momento de saturação deve ser avaliado não apenas pelo pesquisador, mas também por seus supervisores e pelos pares acadêmicos.

Tabela 1 - Características da amostra

Participantes	Idade	Situação conjugal	Com quem mora	Número de filhos	Profissão	Ocupação atual
E1	49	Casada	Marido e 2 filhas	3	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta
E2	49	Solteira	Pai e filha	1	Professora	Do lar
E3	58	Casada	Marido e 2 filhas	2	Atendente odontológica e vendedora	Do lar
E4	53	Casada	Marido e 3 filhos	3	Professora	Vendedora em casa
E5	55	Casada	Marido e 2 filhos	2	Professora	Professora
E6	37	Casada	Marido e 2 filhos	2	Agente comunitária de saúde	Agente comunitária de saúde
E7	49	Viúva há 6 meses	4 filhos e a mãe	4	Assistente de contabilidade	Do lar

3.3.4 Coleta de dados

A abordagem para a condução da presente pesquisa foi feita a partir da apresentação de suas participantes, pelo médico responsável do Ambulatório de Transtornos Alimentares. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora através das seguintes etapas, seguindo os critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo (1): estabelecimento do rapport, momento em que pesquisador e entrevistado têm a consciência de um sentimento de empatia, confiança e responsividade mútua; logo em seguida foram coletados os dados de identificação e a abordagem inicial com a mãe (Anexo II), apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo III) e feito a solicitação da permissão para o uso de gravador. Foi, então, aplicada a entrevista semidirigida de questões abertas.

A entrevista semidirigida (Anexo II) tem a característica de ser semi-estruturada, ou seja, com um roteiro de perguntas que fornece ao pesquisador um apoio, facilitando a abordagem e garantindo que seus pressupostos sejam

cobertos na conversa. (1). Fontanella (44) aponta para a característica da entrevista semidirigida na qual o pesquisador utiliza de seu conhecimento técnico (sua competência sobre o assunto pesquisado e também sobre o universo cultural do pesquisado) para permitir a manifestação, o mais livre possível, do entrevistado para explorar o seu tema-problema e também possibilitando os achados de serendipidade, aqueles que são encontrados por acaso.

Desse modo, foi preparado um roteiro, um conjunto de questões básicas (Anexo II) para todas as entrevistadas. Os aspectos observados sobre comportamento da entrevistada, assim como as reações emocionais da pesquisadora, foram registrados no diário de campo (Anexo II). As entrevistas foram transcritas posteriormente, na íntegra, formando o chamado corpus transcrito. O local dos encontros para coleta de dados foram os consultórios disponíveis no HC UNICAMP.

3.3.5 Técnica de tratamento de dados

As entrevistas transcritas na íntegra, o corpus transcrito, e os dados anotados pela pesquisadora no diário de campo foram lidos e analisados em busca daquilo que estava além das palavras e do sentido, ou seja, o conteúdo latente, buscando a compreensão dos significados dos fenômenos vividos pelas participantes da pesquisa. Fontanella et al. (44) ressaltam a perspectiva êmica de uma pesquisa genuína, na qual o pesquisador busca a perspectiva subjetiva dos indivíduos em estudo, interpretando os resultados de acordo com a própria lógica deles, considerando as relações de significado que estabelecem.

Outra importante questão que deve ser considerada no tratamento dos dados é o que Campos e Turato (45) ressaltam sobre a complexidade do discurso humano, que apresenta uma característica polissêmica. É preciso considerar que existe uma multiplicidade de sentidos atribuídos pelos sujeitos que vivenciam os fenômenos sob estudo (45).

Os dados da presente pesquisa passaram pelo processo de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de organização de comunicações/informações, um procedimento frente a dados qualitativos para fazer emergir temas/tópicos e conceitos/conhecimentos (45). Para Minayo (42) a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos para ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e “alcançar uma vigilância crítica” (42 p.308) sobre os resultados. Para isso, é necessário relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular com fatores que determinam suas características, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem, visando dar consistência interna.

Para que a análise de conteúdo aconteça, é preciso que seja feito um processo que Turato (1), fazendo uma aproximação com o conceito psicanalítico de atenção flutuante, denominou de leituras flutuantes do corpus transcrito, o que consiste em não dirigir a observação para algo específico, mas mantê-la de forma uniforme à tudo que se lê para assim, chegar ao conteúdo latente da fala do participante da pesquisa.

De acordo com Campos e Turato (45), o ponto crucial para o pesquisador clínico-qualitativo é o de ter atitudes para se evitar posturas extremadas, de desconsiderar um conteúdo em detrimento do outro. Com o cuidado de não negar a subjetividade humana ou não impor seus próprios valores em detrimento do princípio básico da pesquisa qualitativa de que os dados analisados levam em consideração os significados que são atribuídos sempre pelo sujeito de pesquisa. Desse modo, a análise de conteúdo não deve ser vinculada ao texto ou, rigidamente, à técnica, a ponto de prejudicar a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador.

Minayo (42) ressalta que os pesquisadores qualitativistas, que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, tentam ultrapassar o alcance

meramente descritivo da mensagem para atingir uma interpretação mais profunda com o uso da inferência. Produzir inferências em análise de conteúdo significa produzir conhecimentos subjacentes à determinada mensagem e também ancorá-las em um quadro de referenciais teóricos, segundo o contexto histórico e social de sua produção, sempre respeitando o princípio êmico da pesquisa, ou seja, a interpretação é feita sob a perspectiva dos indivíduos estudados e não na cosmovisão do cientista (45).

Na análise dos dados, utilizou-se da categorização, que pode ser entendida como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, referentes à realização da análise dos dados. Didático, porque procura dar certo ordenamento para tornar a apresentação dos resultados mais palatável e plausível para os padrões de compreensão do fenômeno pretendido pelo pesquisador. Científico, por ser embasado por conhecimentos teóricos e filosóficos, segue regras que já são universalmente consagradas pela comunidade científica (45).

As categorias abarcam um número variável de temas, segundo seu grau proximidade, e que possam, por meio de sua análise, exprimir significados importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (46). Pode ser configurada segundo critérios de relevância, que embora não apresente repetição numérica dentre os relatos, sua importância para responder aos pressupostos formulados pelo pesquisador é de grande potencial e riqueza para o desenvolvimento de novos conhecimentos, garantindo material consistente para maior aprofundamento do fenômeno estudado (45).

3.3.6 Validação

O pesquisador clínico-qualitativo, assim como qualquer pesquisador, como nos ressalta Minayo, citando um trabalho de Bourdieu (42), deve se questionar em relação aos pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que

importa para o objeto, os princípios de sua relação com a realidade, incluindo suas próprias relevâncias. Turato (1) ressalta a importância da validação interna do pesquisador, a partir do uso do conjunto de conhecimentos/experiências que perfazem a base intuitiva, intelectual e técnica do pesquisador, ou seja, considerando a sua formação profissional, o planejamento adequado das técnicas de pesquisa e dos procedimentos junto aos sujeitos e ao ambiente de estudo, o tempo prolongado de convivência em campo, a sua sensibilidade e o pensar crítico e o estabelecimento de uma reação transferencial positiva. De acordo com o autor, só assim o pesquisador poderá afirmar que resguardou os cuidados para o atributo da verdade.

A formação acadêmica da pesquisadora, sendo psicóloga e psicanalista, permite acuidade na escuta e destreza na articulação das teorias e técnicas já publicadas na literatura científica especializada em busca de atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

Um aspecto muito importante da validação em pesquisas qualitativas é a validação externa, a revisão pelos pares. Validação externa é um processo que envolve o pesquisador com os achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos em uma interação/debate afetivo-intelectual da qual depreenderão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade dos achados da pesquisa (1). A validação externa é feita pela interação com os pares, pela supervisão feita pelo orientador e pesquisadores seniores, reconhecidos pela experiência com o uso do método e dos referenciais teóricos utilizados. Deve-se ainda aumentar a validação apresentando os resultados aos grupos de pesquisa e mostrando e debatendo os resultados preliminares em eventos e assim por diante (46).

O rigor metodológico da validação foi feito pela contínua supervisão do professor orientador, bem como pelos pares do grupo de pesquisa a que está filiado a presente pesquisa, o Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/ Unicamp, credenciado junto à Plataforma Lattes, composto por pesquisadores do método, dentre eles,

mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e pesquisadores seniores. Além do fato de que os resultados da presente pesquisa foram apresentados em congressos internacionais e nacionais.

3.4 Cuidados Éticos

A presente pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em Campinas SP, tendo sido homologado em sua V Reunião Ordinária, em 26 de maio de 2009, parecer No 423/2009, CAAE 0335.0.146.000-09 e respeitou as exigências cabíveis da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (47).

Utilizou-se de teorias e técnicas já publicadas na literatura científica especializada. Não houve experimentação com os sujeitos participantes.

Nesta pesquisa, foram estudadas algumas mães de adolescentes do sexo feminino, cujas filhas receberam o diagnóstico de AN e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP e que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III). Somente participaram deste estudo aquelas mães que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi aplicado pela pesquisadora antes do início das entrevistas e quando da vinda habitual destas mães no acompanhamento de suas filhas ao ambulatório de transtornos alimentares. Os sujeitos da pesquisa receberam uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado (47 – item IV. 2.d).

Sempre foi estabelecida a concordância espontânea da participante, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora responsável garantiu que fossem feitos os esclarecimentos necessários sobre o estudo (objetivo, justificativa, procedimentos e garantia do sigilo), também respondeu as dúvidas que surgiram. Os dados de identificação da participante serão eliminados após o estudo. Foram omitidos os nomes das entrevistadas nas transcrições formais das entrevistas. Estes foram referidos pela

letra P de participante e um número, não correspondente à ordem que as entrevistas foram feitas, para garantir o sigilo e privacidade dos sujeitos. Foram omitidos e/ ou transformados todos os dados que pudessem permitir a identificação de qualquer um dos sujeitos envolvidos.

Os procedimentos que envolveram esta pesquisa não ofereceram riscos físicos para seus participantes bem como para seus familiares. Destaca-se, entretanto, que as entrevistas clínicas não são um processo psicoterapêutico, embora possam provocar mobilizações e cuidou-se para que se fossem observadas, seriam realizados encaminhamentos necessários para o serviço de psicologia e/ou psiquiatria do HC UNICAMP, bem como receberiam assistência imediata da pesquisadora, o que não foi necessário, pois nenhuma das participantes apresentou qualquer alteração significativa. Não houve benefícios diretos ou imediatos às participantes, além da oportunidade de poder conversar sobre suas questões.

As entrevistadas tiveram a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (47 – item IV. 1.f), o que não foi necessário, já que todas as entrevistadas consentiram em participar.

4. RESULTADOS

Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis

Características psicológicas de mães de pacientes com anorexia nervosa: implicações para o tratamento e prognóstico

Lia Keuchguerian Silveira Campos,¹ Anna Beatriz Ribeiro Ferreira Sampaio,² Celso Garcia Junior,³ Ronis Magdaleno Junior,⁴ Maria Marta de Magalhães Battistoni,⁵ Egberto Ribeiro Turato⁶

Abstract

Introduction: The complexity of factors involved in anorexia nervosa (AN) and the recommendations of prominent health organizations underscore the importance of reflecting on therapeutic interventions aimed at patients' family members.

Objective: To expand knowledge about the mother-daughter relationship in AN, with a focus on developing a conceptual framework that is able to improve the treatment of the disorder, reduce factors that perpetuate it and improve prognosis.

Method: A clinical method, anchored by psychodynamic references, was employed in a group of family members of patients with eating disorders. The group met weekly, and sessions were led by psychologists from the eating disorder outpatient clinic of a university hospital.

Results and Discussion: Common characteristics in the mother-daughter relationship in cases of AN were identified. The issue of mutual control, the dialectic between omnipotence and impotence, and the relationship of devotion, passion and annihilation between mothers and daughters are phenomena that form the basis of AN, with a direct influence on the severity of each case and on treatment success.

Conclusion: Our findings allowed us to identify important aspects in the mother-daughter relationship in AN, which may improve the clinical interventions aimed at treating the disorder.

Keywords: Anorexia nervosa, mother-child relations, qualitative research.

Resumo

Introdução: A complexidade de fatores que compõem a anorexia nervosa (AN) e as recomendações de importantes organizações ligadas à saúde torna fundamental uma reflexão acerca de propostas de intervenções psicoterapêuticas direcionadas aos familiares desses pacientes.

Objetivo: Expandir o conhecimento acerca da relação mãe-filha na AN, visando desenvolver uma estrutura conceitual que aperfeiçoe o tratamento do transtorno, reduza os fatores que o mantêm e melhore o prognóstico.

Método: Utilizou-se um método clínico de observação fundamentado em referenciais psicodinâmicos de um grupo de familiares de pacientes com transtornos alimentares. O grupo aberto, semanal, era coordenado por psicólogas do ambulatório de transtornos alimentares de um hospital universitário.

Resultados e Discussão: Foram identificadas características comuns da relação mãe-filha nos casos de AN. A questão do controle mútuo, a dialética entre onipotência e impotência e a relação de devoção, paixão e aniquilamento entre mães e filhas são fenômenos que estão na base da estrutura da AN, com influência direta sobre a gravidade de cada caso e sobre o sucesso das possibilidades terapêuticas.

Conclusão: Os achados possibilitaram identificar importantes aspectos da relação mãe-filha na AN, que podem aprimorar as intervenções clínicas para seu tratamento.

Descritores: Anorexia nervosa, relações mãe-filho, pesquisa qualitativa.

¹ Psicóloga. Mestranda em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil. Bolsista, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). ² Psicóloga. Mestranda em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. ³ Psiquiatra. Coordenador, Ambulatório de Transtornos Alimentares, Hospital de Clínicas, UNICAMP. Doutorando em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. ⁴ Psiquiatra. Doutor em Ciências Médicas. Pesquisador colaborador, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Membro associado, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. ⁵ Psicóloga. Doutora. Professora, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. ⁶ Psiquiatra. Professor livre-docente, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Coordenador, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

This paper is part of the acculturation phase of the first author's Master's program. The research project has been presented and approved without restrictions by the Ethics Committee of Faculdade de Ciências Médicas of UNICAMP on May 11 2009 (protocol no. 423/2009, CAAE: 0335.0.146.000-09).

This paper was presented as a poster at the IV Semana da Pesquisa da FCM/UNICAMP, at Faculdade de Ciências Médicas of UNICAMP, held in São Paulo, Brazil, in May 2010, and at the 19th European Congress of Psychiatry, held in Vienna, Austria, in March 2011.

Submitted Aug 31 2011, accepted for publication Oct 26 2011. No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Suggested citation: Campos LK, Sampaio AB, Garcia Jr C, Magdaleno Jr R, Battistoni MM, Turato ER. Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. Trends Psychiatry Psychother. 2012;34(1):13-8.

Introduction

Anorexia nervosa (AN) is an eating disorder characterized by an overvaluation of weight and body shape, with an extreme weight control behavior.¹ Biological, social and psychological factors are involved.¹ There is a major sex difference in the incidence of eating disorders^{2,3}: 90% of the cases of AN are diagnosed in women.¹

The 2004 Eating Disorder Guide published by the National Institute for Clinical Excellence (NICE) points to the scarcity of information available to guide health care workers in the treatment of AN. The guide emphasizes that pharmacological treatment alone is not recommended and advocates individual and family therapy focused on eating disorders as an essential part of the therapy.⁴

The psychic dynamic of AN is essentially feminine; its core elements are eating, the body, sexuality and the mother-daughter relationship.⁵ From a psychodynamic point of view, females with AN express today the symptoms of ancient pathologies, incorporating in their bodies, in an original, singular and modern way, histories of lives jeopardized through several generations.⁵

The mothers of patients with AN are women whose femininity has been devalued, who offer a very poor identification model, like a negative of an ideal. This can lead the daughter to resort to AN as a means to erase all traces of femininity from their bodies.⁶

Lawrence⁷ points to the impasse between desire and the fear of fusion with the mother in girls with AN. The main fantasy of the anorexic patient is that, by rigidly controlling food intake, she will also control her internal parents and their relationship. By impeding the relationship of the internal parents, the oedipal configuration becomes impossible, and the building of a space for symbolization fails.⁷

A common problem in patients with AN is the invasive desire of the mother, which imposes itself and takes possession of the daughter's body and desire.⁸ A love-hate struggle is initiated, to which mother and daughter are confined and in which they are fused.⁸

As a result of this dynamic, many caregivers, especially mothers, express deep anxiety, which can become clinically severe, with negativist concerns, hostility, criticism, and an over-protective attitude towards the daughter.⁹ This emotional response has been described as an exacerbated emotional expression,¹⁰ and has a negative impact on the prognosis of AN.

Taking into consideration the characteristics of family dynamic, family involvement in the treatment of eating disorders has been advocated.^{1,11-14} Family therapy, when started at the onset of the disorder, achieves greater efficacy when compared with other therapeutic approaches.¹⁵

The initial reaction of parents – shock, disbelief, confusion, anger, conflict, and tension – can lead to a

distorted perception of the illness, underestimating the problem and denying diagnosis. Such a distorted perception can determine the decision to seek (or not to seek) professional help.¹⁶

Among the emotional states identified in the parents of patients with AN, the most recurrent one is impotence, i.e., the perception that any action taken by parents will barely affect treatment results.^{9,16} Parents feel manipulated and controlled, the core life experiences in the dynamic of AN.^{9,17} They are fusional families, with overprotective traits, an urge to control and great difficulty dealing with the separation and independence of family members.¹⁶

Taking this framework into consideration, the current trend is to propose an integrated treatment approach, in which weight gain, a better psychiatric picture and therapeutic interventions aimed at the psychological characteristics of individuals and of the family as a whole have the same weight and importance.¹⁸

This study aimed to extend knowledge about the main psychological characteristics of mothers of daughters with AN, especially with regard to their relationship with their daughters, with a focus on developing a conceptual framework for interventions that is able to improve the treatment of the disorder, reduce the factors that perpetuate it, and improve prognosis.

Method

The present study is the result of clinical-psychological reflections emerging from the first author's acculturation process¹⁹ in this field of research. The study is part of the first author's Master's project, currently in progress, which will assess mothers of AN patients at the Outpatient Clinic for Eating Disorders of the university hospital of Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), state of São Paulo, Brazil.

We adopted a clinical method, in an attempt to understand the problems emerging from observation and clinical practice. Also, we used an interpretative model commonly used in social sciences, in which we first understand, then connect senses and finally organize the knowledge acquired.²⁰ This method allows to qualitatively analyze the data collected; this procedure is a scientific research tool and helps validate the results obtained.²¹

This article contains reflections arising from the clinical observation of an open therapy group during the psychological treatment of mothers of patients with AN at the general hospital of UNICAMP. The group comprised seven participants. Meetings were held weekly, led by psychologists of the eating disorders outpatient clinic. Participation of patients' family members was voluntary. The clinical material used to illustrate the emotional

movement of participants was obtained from verbatim notes taken by the investigator (L.K.S.C), who attended the group as an observer for 1 year.

Analysis of the material arising spontaneously during the group sessions, of what we were able to understand from the group dynamic, and of discussions with peers at the clinic and laboratory allowed us to identify some phenomena that constitute the psychic reality of mothers of patients with AN, and of their dynamic in the family.

The study was developed in conformity with applicable ethical guidelines, and the research project was approved by the Ethics Committee of the School of Medical Sciences of UNICAMP (protocol no. 423/2009). Group participants were informed of the objectives of the study and were asked to sign an informed consent form. Participants were informed that the material collected would be kept anonymous but could be used in future research and publications. All patients agreed to sign the form.

Results and discussion

Based on clinical observations and psychodynamic references, we were able to identify common traits of the mother-daughter relationship in the specific case of AN. We distinguished some categories, which have been briefly presented before²² and which we intend to discuss in greater depth below, e.g. the issue of mutual control, the dialectic between omnipotence and impotence, and the relation of devotion, passion and hostility between mothers and daughters. We believe that these phenomena form the basis of the external and internal structures of patients with AN, with direct influence on the severity of each case and on treatment success.

The issue of mutual control

The problem of control is at the core of the psychological dynamic in patients with AN and in their relations with the family and the environment.⁹ The incidence of obsessive-compulsive disorder² is high in the families of these patients, with evidence suggesting that the two disorders have risk factors in common.²³ In addition, perfectionism and inflexibility are personality traits frequently found in relatives of patients with AN.^{23,24}

We believe that the psychological dynamic of the personality traits mentioned above is closely related to control. A continuous tension between impulses and the need to control them is expressed as a constant struggle between mothers and their daughters.

Now with this illness, I have to wait a bit before shaping her head again.

We have to be smarter than them, otherwise they dominate us.

Mothers show a need to control their daughters, arguing that they do not believe the daughters are able to look after themselves. They deny their individuality and try to be the tutors of their daughters' acts. However, as they impose this control pattern, they are paradoxically confined and controlled by their daughters, creating a vicious circle of mutual distrust and invasion of privacy.

I'm the one who tells her she has to eat.

Honey & Halse²⁵ emphasize that family members are involved in exploring, in several ways, the lives of their daughters, in an attempt to understand their behavior, identify possible means of foreseeing their reactions and learn from their experiences. We understand that this attempt to monitor their daughters is directly related to their need to keep their daughters under control. However, as they invest all their energy into this attitude, they end up also being controlled by their daughters. Confined to this cycle of mutual control, the mothers become even more ignorant of the individuality and intimacy of their daughters.

One day she told me 'I want to be myself...' But she is no longer herself...

After several attempts at mutual control, a movement that ends in indifferentiation, with loss of psychic and emotional borders, is established between mother and daughter. What belongs to the mother and what belongs to the daughter is no longer distinguishable.

*She sticks to me... seems to be my shadow.
It's symbiosis... they control us.*

By using strategies to escape the control that caregivers try to impose, AN patients end up completely dominating the family routine, as well as the mental space of each family member, directing all care and concerns towards themselves.

This group is the only space for us because outside we have no space: it's all for them.

The mothers feel that, in a way, their daughters use anorexia as a strategy to control their lives and the lives of others. As Viglietti⁶ points out, it is possible to think of these mothers as women who are rigidly bound to submitting themselves to the demands of the daughters. Moreover, they are predisposed to a sadomasochistic

relationship with their daughters, and thus they are unable to understand the suffering that underlies the symptoms and their own difficulties as mothers.

They are cruel and enslave us.

The feeling of distrust is highly prevalent in family relations, creating a vicious circle of lies, contradictions, investigation and collusion, which increasingly hinders any genuine attempt to get closer to the mental world marked by the suffering of this girl who is dying both physically and mentally.

I don't trust her, I don't think she is able to choose.

Relationships become permeated with guilt. Mothers can keep the illusion of power and protection, without realizing that they are deeply involved and paralyzed by their daughters' illness (or, to be more precise, by the illness marking the relationship between mothers and daughters).

The doctor said that she should drink less calorific milk, but I mix one that has more nutrients than the one the doctor recommended.

The medical staff should be alert, because the same need to control family relations may be transferred to the medical staff. The latter may then be invited, or even forced, to join this complex game of control and loss of individuality.

You have to reach an agreement among yourselves not to use the words normal, fat, better, because this bothers them... I'm going to talk to the doctor about this.

The dialectic between omnipotence and impotence

Impotence is the overriding feeling of these mothers, who fail in their numerous attempts to help/control their daughters. The feeling of impotence is accompanied by intense feelings of guilt, as if they were responsible for their daughters' disorder.

I feel guilty because I made her promise that she wouldn't vomit any more, but then she stopped eating (starts to cry).

The impasse revealed in this mother's words clearly circumscribes the game established between the mother and the daughter, a standoff in which the perpetuation of illness is inevitable. In our view, there is a collusion that cannot be broken by the pair, tied to a pact whose final objective is to maintain psychic fusion.

There is a frequent omnipotent fantasy that mothers can change the world around their daughters so as to help them.

I have spoken to her sisters and friends and mainly with her father so that they don't keep talking about people's physical appearance, about weight, but it's no good.

When mothers realize that they cannot change the world, they experience a strong feeling of impotence, with periods of anguish, which in turn reinforces their need to control. In this sense, mothers create an illusion that they can guess what the daughters are thinking, which reveals a belief in the fusion between the daughter's and their own psyche.

These mothers believe to be the ones who know their daughters best; as such, they believe they are the ones most able to help their daughters. Conversely, they fail to realize that it is precisely the fact of being mothers that distances them from their daughters as autonomous individuals, making it impossible for mothers to give their daughters the help they so badly need.

Sometimes she is all smiles and then I appear and she changes... Am I that disturbing?

According to Gorgati,¹⁹ the alliance and struggle formed between mother and daughter cordon them off from the rest of the world; in this scenario, the father is seen as an intruder who disturbs the fused mother/daughter. We have observed that the mother tries to collude with the daughter against the father, arguing that mother and daughter need each other in order to deal with a not very understanding father.

A husband is the worst possible thing in the world.

There is disparagement of husbands who do not help with household chores, who are dependent on mothers and who fail to help care for their daughter. In an omnipotent attitude, this movement seeks to maintain the fusional relationship between the mother and the daughter, at the cost of annulling the father as an important figure in the family dynamic.

It's only me, you see! I'm struggling alone against this disease, just me... Oh, and her, of course.

Devotion, passion and annihilation

The passionate devotion that these mothers dedicate to their daughters hides the central aspect of these relationships: the annihilation of the other as an

individual being. The daughter ceases to exist as an individual, is in some way destroyed as such.

I do everything for her... I have slept with her in the same bed and with the door closed and the key in my pocket.

She gets a tummy ache and I even go to the bathroom with her.

We believe that the potentially fatal reaction expressed through anorexic behaviors is motivated by the mother's invitation to annihilate the daughter's individuality. However, the established collusion is doubly dangerous, for mother and daughter, once the final result of this process of dependency and control is that both lose their identity and autonomy in relation to life and creativity.

As argued above, the mother's desire is imposed and takes over the daughter's body and desire,⁹ at the cost of her individual freedom. A fusional state between mother and daughter arises,⁷ with the mother becoming even more limited in the task of understanding the daughter's real needs, and the daughter becoming a part of the mother that dares to function beyond her control.

When she goes out alone, it seems a piece of me leaves... I become anguished as if I had a piece missing.

The final result of this whole process is an emptying of feelings and an impoverishment of internal representations. The lives of mother and daughter are reduced to a state of passion and devotion that polarizes all their possibilities.

She seems to be a hollow 'jatobá' [a luxuriant Brazilian tree]. (said by a father)

Conclusion

Given the complexity of factors involved in the clinical picture of AN and the recommendations of prominent health organizations, it becomes extremely important to reflect on the different therapeutic approaches available for the family members of these patients.

The aim of this study was to develop a conceptual framework for therapeutic interventions that is able to improve the way caregivers deal with the disorder and to reduce the factors that affect prognosis and prolong the disorder. The data collected from the speech of relatives of patients with eating disorders led to reflections on important aspects of the psychic dynamic underlying the pathology. By analyzing the experience of mothers who look after daughters with AN, we were able to identify important aspects that can improve clinical interventions in the treatment of AN (Table 1).

We have identified frequent characteristics among mothers of AN patients, which configure a very particular psychic structure and influence the daughters' pathology. Among such characteristics, we emphasize the issue of mutual control, the dialectic between omnipotence and impotence, and the presence of feelings of devotion, passion and annihilation. These aspects can only be properly addressed and treated by professionals who understand the psychic dynamic of this group of patients and of their family and social environment.

Widely present in the scientific literature, the psychotherapeutic treatment of mothers is fundamentally important for the daughters' treatment. We have endeavored to expand knowledge in this particular field with the aim of providing the multidisciplinary team with better tools to deal not only with the patient with the disorder, but also with their family members, so as to broaden the understanding of issues involved in eating disorders.

The team should be alert and well-informed, once the same characteristics identified in the mother-daughter relationship can easily be transferred to the clinical setting. Such transfer could lead to misunderstandings between the team and the patients/caregivers, especially when dealing with the issue of control, the experience of impotence, and feelings of hostility and invasion. This, in turn, could lead the health team to adopt anti-therapeutic attitudes, of rejection or over-protection towards the patients, which in no way would help established the therapeutic alliance or achieve a good prognosis.

We agree with Viglietti⁶ in that what makes the family approach indispensable is the need to quickly disarticulate

Table 1 – Recommendations to deal with anorexia nervosa

<ul style="list-style-type: none"> - The medical staff should be able to recognize the emotional dynamic of patients with anorexia nervosa and their parents - Therapeutic interventions aimed at parents should start on diagnosis - The health care team should be alert to the possibility of transfer of the pathological dynamic of the mother-daughter relationship to the clinical setting, avoiding antitherapeutic attitudes such as rejection or overprotection - Some strategies suggested to deal with patients and their families: <ul style="list-style-type: none"> - quickly disarticulate the nucleus of mutual control; - reduce the state of excessive concern of parents; - develop abilities to listen reflexively in parents; - avoid confrontational attitudes; - promote psychological differentiation between mother and daughter.

the nucleus of mutual control, which conceals distrust and the absence of empathy. Such control regulates the relationship between AN patients and their families and keeps them imprisoned in a rigidly consolidated dynamic, whose main purpose is to prolong symptoms. We understand that under the disguise of an attitude of passionate devotion lies the psychic annihilation of the other –in extreme cases, this really can lead to the physical death of the patient with AN.

The assistance provided to patients should include sessions with family members from the time of diagnosis until the end of the proposed intervention, with a focus on addressing the demands of family members, providing explanations and general information on the disorder, and dealing with situations involved in the complex psychological structure of patients and their families. We agree with Whitney et al.⁹ when they state that the team should be trained for family work, including strategies to reduce the excessive concern of caregivers, to help them develop the ability to listen reflexively, so as to decrease confrontational attitudes, and to encourage them to seek psychological support and to accept respite whenever necessary. The topics related to exacerbated emotional expression¹⁰ (overprotection, critical attitude, and hostility) should be identified and avoided both by the family and the by the medical staff, once they impair prognosis in cases of AN. Only a health team that is trained to recognize the emotional dynamic of this group of patients will be able to work effectively for an adequate therapeutic intervention within the multidisciplinary treatment team.

The experience here reported with mothers of AN patients reassures the complex role of the mother-daughter relationship in the development of the disorder and allows us to suggest some guidelines to the work of multidisciplinary teams. We are aware that we are only shedding some light on the difficult topic we chose to study. Nevertheless, we hope that the present findings will serve as a stimulus to new research aimed at expanding this important area of health, which has serious consequences for AN patients and their families.

References

1. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003; 361:407-16.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
3. World Health Organization, Department of Gender, Women and Health, Family and community health. *Gender in mental health research*. Geneva: WHO; 2005. www.who.int/gender/documents/MentalHealthlast2.pdf. Accessed 27 Aug 2010.
4. Wilson GT, Shafran R. Eating disorder guidelines from NICE. *Lancet*. 2005;365:79-81.
5. Miranda RM. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Rev Bras Psicanal*. 2004;38:309-34.
6. Viglietti GV. Os pais na anorexia nervosa: uma abordagem psicanalítica. *Rev Bras Psicanal*. 2001;35:97-106.

7. Lawrence M. Loving them to death: the anorexic and her objects. *Int J Psycho-Anal*. 2001;82:43-55.
8. Camargo I. Anorexia e bulimia: o negativo do corpo - um colar de pérolas sem fio. In: Bucarechi HA. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 111-23.
9. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:444-9.
10. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:633-66.
11. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eat Disord*. 2010;18:199-209.
12. Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e da bulimia nervosa. *Rev Psiq Clin*. 2004;31:184-7.
13. Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo A, Labaddia E, Belluzzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: experiência do PROTAD. *Rev Psiq Clin*. 2004;31:167-9.
14. Jaeger MAS, Seminotti N, Falceto OG. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33:20-7.
15. Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry*. 2002;47:235-42.
16. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2009;43:707-16.
17. Tan JO, Hope T, Stewart A, Fitzpatrick R. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents. *Int J Law Psychiatry*. 2003;26:627-45.
18. Gorgati SB. O feminino congelado na anorexia. In: Alonso SL, Gurfinkel AC, Breyton DM, editors. *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta; 2002.
19. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5th ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
20. Arruda SLS. *Vivências clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em ludoterapia [thesis]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1991.
21. Calil SCC, Arruda SLS. Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In: Grubits S, Noriega JAV, editors. *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor; 2004. p. 173-213.
22. Campos LK, Sampaio AB, Garcia C, Magdaleno R, Battistoni MM, Turato ER. Psychological characteristics of anorexic patients' mothers in the Southeast Brazil: Implications for treatment and prognosis of anorexia nervosa in a public service. *Proceedings of the 19th European Congress of Psychiatry*. *Eur Psychiatry*. 2011;26:735.
23. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:603-10.
24. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter M, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2002;31:290-9.
25. Honey A, Halse C. The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qual Health Res*. 2006;16:611-29.

Correspondence:

Lia Keuchguerian Silveira Campos
Rua Padre Almeida, 565 cj. 11, Cambuí
13025-251 - Campinas, SP - Brazil
Tel.: +55 (19) 3255.0691
E-mail: liacampos81@uol.com.br

ARTIGO 2

The mothers of patients with anorexia nervosa: a qualitative study in Brazil¹

Lia Keuchguerian Silveira Campos², Celso Garcia Junior³, Ronis Magdaleno Junior⁴,
Egberto Ribeiro Turato⁵

Abstract

Objective: To understand the emotional experiences of mothers that affect the development and prognosis of anorexia nervosa (AN). **Method:** Qualitative study, through in-depth semi directed interviews, using an intentional sample, closed by saturation, with seven mothers of female patients with AN, following by the definition of emergent categories and qualitative content analysis. **Results:** Mothers propose a fusional relationship with their daughters, in which the aspects of individuality are ill-defined. The daughters' attempts to become individuals are felt as an attack, and experienced by mothers as injustice and aggression. The mothers do not understand their daughters' logic and try to remedy a qualitative deficiency with quantity, especially of food. The attempt to meet these needs with food can only aggravate the symptoms of their daughters' eating disorders. **Discussion:** The findings made it possible to identify important aspects in mothers of patients with AN, which can improve knowledge and clinical interventions to treat it.

Keywords: Anorexia nervosa, mother-child relations, qualitative research.

¹ Submetido ao Clinical Child Psychology and Psychiatry, abril de 2012; ² Psicóloga. Mestranda em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil. Bolsista, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); ³ Psiquiatra. Coordenador, Ambulatório de Transtornos Alimentares, Hospital de Clínicas, UNICAMP. Doutorando em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; ⁴ Psiquiatra. Doutor em Ciências Médicas. Pesquisador colaborador, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Membro associado, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo; ⁵ Psiquiatra. Professor livre-docente, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Coordenador, Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Anorexia nervosa (AN) is classified as an eating disorder (ED), characterized by emaciation, a relentless pursuit of thinness, a distortion of body image and intense fear of gaining weight, and an extremely disturbed eating behavior¹. The lifetime prevalence of AN is 0,6% in U.S. adult population, however if we consider the prevalence in adolescents aged 13 to 18 years, this rate rises to 2.7%¹. AN is the third most common chronic condition among adolescent girls in the USA, after obesity and asthma². There has been an apparent increase in EDs over the last decades².

Although a vast body of research on the etiology of ED exists, a likely picture of risk and protective factors in the development of these diseases is emerging^{2,3}. The ED guide of the National Institute for Clinical Excellence (NICE)³ emphasizes that pharmacological treatment alone is not recommended and advocates individual and family therapy focused on ED as being crucial in the therapeutic proposal. Some studies have confirmed that the family environment and some characteristics of parents, especially mothers, affect the development and maintenance of AN in their daughters^{4,5,6,7,8,9}, thus making it essential to assess, accompany and advise the families of these patients¹⁰. These are families with many conflicts^{5, 11,12}, marked by no setting of limits, overprotection, high expectations, and values centered on success and external appearance which are part of the family dynamics, since the body of the sick member concentrates these limitations, needs and difficulties, with the symptom as an important form of expression and denunciation¹¹.

During the childhood and adolescence of patients with AN, a lack of control, identified as being caused by over-controlling parents, and connectedness coupled with relationships fraught with excessive conflict inhibit the ability to develop a strong sense of self⁵. Some of them develop AN as part of the process of searching for a personal identity or personality style that can maintain perfectionism, compliance, self-esteem, and self-control¹³.

In families of patients with AN, there is the feeling of being unable to express themselves properly and of being confused and distrustful of whatever feelings are expressed and even of what

they feel themselves. There are strands of covert anger, blame and frustration, and a context of doubt and anxiety about each others. These feelings encourage the use of deceptive communication, which in turn fuel a sense of insecurity about what is happening¹². From a developmental perspective, this emotional inhibition is an important construct within the development and maintenance of ED, especially AN, and the role of parental responses, especially parental distress, is very important¹⁴.

Campos et al⁴ define maternal factors that interfere negatively in the prognosis of AN: the question of control, the dialectic between omnipotence and impotence, and feelings of devotion, passion and annihilation. These mothers endorsed more family conflict, reduced feelings of efficacy and satisfaction in the parenting role, and decreased the alliance with the child's father when compared to the mothers of girls that do not have AN¹⁵. The emotional absence of a physically present mother is experienced intensely as a separation anxiety and is related to the structuring of AN¹⁶. Patients with AN studied by Fox¹⁴ reported that they had experienced a significant amount of negative affect in their earlier lives and how these early emotional environments were paradoxically unemotional and subdued. These women were often left feeling ill-equipped to deal with their emotions.

A combination of the parents' insecure attachment patterns and the use across generations of food as a source of comfort to remedy this absence may result in the young women developing AN as opposed to self-harm, depression or other conditions¹². O'Shaughnessy and Dallos¹⁶ refer to a study of Bowlby of 1973 in which that these early experiences of attachment are understood to shape internal working models that are meaning-making systems, able to predict the emotional availability of others and feel their own value as potential objects of affection. It is now generally agreed that women with EDs have insecure attachment styles¹⁶.

Taking into consideration the complexity of the factors that constitute AN, and the well-known complex involvement of the mother-daughter relationship in this disorder, the aim of this research is to understand the emotional

experiences of mothers that could affect the development and prognosis of AN.

Methods

We use the qualitative method applied to the field of health to investigate and interpret psychological phenomena in this particular area, in an attempt to understand the meanings that individuals' life experiences acquire¹⁷.

To achieve a deeper interpretation, data analysis was carried out using the technique of content analysis, with a view to understanding the meanings in the context of speech so as to reach beyond the merely descriptive level of the message. This also made it possible to anchor them in a theoretical framework, according to the historical and social context of their production, while respecting the principle of emic research.

Participants (table1)

The study sample consisted of seven mothers of female patients with AN at the Out-patient

Clinic for Eating Disorders at the General Hospital of the State University of Campinas (UNICAMP), a tertiary public university hospital, located in the city of Campinas, state of São Paulo, in the southeast region of Brazil.

The sample was closed by utilizing saturation criterion¹⁷, when the new informants' answers become explicitly repeated in the investigator's assessment, as well as in that of the academic supervisors and peers.

The research project was approved by the Ethical Research Committee of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP, and all the participants (were in agreement and) gave informed consent.

The interviews were taped with the permission of the participants, and the transcripts were subjected to qualitative content analysis. The emerging categories were validated by peer-reviewers from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research, UNICAMP.

Table1 – Characteristics of participants

Participants	Age	Marital status	People living with her	Number of children	Profession	Current occupation
E1	49	Married	Husband and 2 daughters	3	Physiotherapist	Physiotherapist
E2	49	Single	Father and daughter	1	Teacher	Housewife
E3	58	Married	Husband and 2 daughters	2	Dental attendant and saleswoman	Housewife
E4	53	Married	Husband and 3 children	3	Teacher	Home-based saleswoman
E5	55	Married	Husband and 2 children	2	Teacher	Housewife
E6	37	Married	Husband and 2 children	2	Community health worker	Community health worker
E7	49	Widowed six months	4 children and mother	4	Assistant Accountant	Housewife

Results

In accordance with what is extensively reported in scientific literature, we perceived a marked tension in the relationship between the mothers and their daughters with AN, which gives rise to feelings and reactions that interfere in the clinical management and the prognosis of the illness.

We distinguished three categories that we intend to discuss in greater depth in this research, with a view to determining the role of the observed phenomena in the understanding of AN and in its clinical handling. We mention some phrases that were said by the mothers, based on which we discuss these findings.

Non-differentiated mother-daughter and failures in communication

"I think I am a mirror for her" (P5)

We observed that the mothers of patients with AN present a fusional relationship with their daughters, in which the aspects of individuality are ill-defined.

"You are my daughter, you'll be just like me!" (P5)

The main problematic is related to a significant difficulty that these mothers have of allowing their daughters to be differentiated from them, to have their own anxieties and to find their own paths. From an early age, they offer them a rigid model of behavior and functioning, more suitable for them than for their daughters and this model is based on an intolerance of being alone and an invitation to a fusional relationship.

"I cannot bear being alone, I don't like being alone so I like her to sleep with me, to hug her, she resists, I insist and then she accepts." (P7)

The illness, in this fusional scenario, is a means of maintaining a closed and rigid system in which both mother and daughter deny separation. AN becomes the starting point for the perpetuation of non-differentiation.

"Only when she is ill does she get very close [to me], depending on me entirely ...but she gets a bit better and then she draws away." (P7)

For these mothers, fusion is a possible means of relating to the other and the only way of contact with their daughters, and every attempt of the daughters to separate or individualize is experienced as a failure to recognize their efforts. The attempts the daughter makes are ignored, since separation is experienced as a loss of her physical wholeness.

"You have to continually rescue [her], pull [her] close, right, because they keep wanting to leave you....." (P5)

We can assume that the difficulty that these mothers face in allowing the differentiation of the daughters is due to transgenerational factors, which can be understood from the psychological viewpoint as the transmission of relationship models learnt in their own experience with their parents and transmitted to their daughters.

"I think I'm the same as my mother, I think that I'm too much so..." (P3)

These mothers bring to the relationship with their daughters models that they brought from their own relationship with their parents and remain entrapped in these models, which are unsuitable for their daughters' needs.

"I'm going to throw her on the fire, it will be just like my mother used to do, she would throw me on the fire and leave me there" (P1).

This phenomenon causes blind spots in these mothers' perception with regard to the affective demands of their daughters. Their way of dealing with them is riddled with lost opportunities, which may be very evident to an external observer, but are not clearly perceived by the participants in this fusional collusion that underlies the illness.

"We converse, we talk, but she just doesn't see it that way" (P6)

Thus, these mothers are incapable of dealing with new situations and the particular nature of their daughters' development, that is, they are incapable of observing their singularity. Mixed up with them, they are unable to see them as separate people with their own needs.

"She talks to me, but I can only listen...." (P3)

Quantity versus quality

"It's 8 or 80" (P5)

Mothers of patients with AN have serious difficulties to understand the real emotional needs of themselves and their daughters and try to overcome the qualitative deficiency with quantities, especially of food and care. Seeing themselves unable to control the attitudes and behavior of their daughters, these mothers experience a range of negative feelings and fail to get in contact with them.

"There were days when she would talk, I would cover my ears so as not to hear her ...I couldn't even [bear to] hear her voice..." (P2)

The incapacity to deal with affects and to understand the demands of their daughters together with the chronic dissatisfaction that they experience given the opposing attitudes of the latter, give rise to hostile reactions, disguised as excessive devotion, that are converted into tactics

to save their daughters at any cost and without taking into consideration their real needs.

"[...] Only she doesn't know that pumpkin fattens pigs, that it is animal feed, but I offer it, I offered to her!" (P5)

This phrase illustrates the effort of the mother to fatten up her daughter with AN and shows aggression in disguise. The mother does not realize the hatred she feels towards the movements of the daughter in her quest for individuation and tries to force her to accept her way of doing things. These mothers do not understand their daughters' logic and try to remedy a qualitative deficiency with quantity, especially of food, kindling a contrary attitude in the daughter that, as we saw above, further reinforces the bonds of dependency and the fusional logic that defines this relationship. The attempt to meet these needs with food can only aggravate the eating symptoms of their daughters.

Anorexia and opposition as an attack

"She spilled nail varnish on my lipstick, my lipstick was impermeable" (P5)

The daughter's attempts to build protection against this excessive control are experienced as an attack by these mothers, who redouble their efforts in a battle without winners whose goal to shape their daughters according to the desired model. AN and its subsequent weight loss can be construed as a desperate attempt by these girls to create a barrier, a protection against their mothers, but that at the same time, just like the "varnish on my lipstick", make their bodies useless, having lost their function, with the last stage of the process being when they give themselves up to physical death.

"It seems that I am trying to hold on to her so that she stays, has strength, to try to live, to stay....But she herself, alone in this way, she's got no will ...how can I put it, to live...." (P4)

These mothers report that their daughters react adversely to their impositions. The daughters' attempts to become individuals are experienced by their mothers as injustice and aggression, a lack of recognition for the effort they make to keep them alive and a strong feeling of frustration.

"I left my life for the life of my daughter." (P2)

Keeping their daughters alive becomes a challenge and a responsibility for these mothers. They try to develop strategies to gain some control over their daughters' life and these strategies include trying to determine their concerns, desires and needs, which in turn give rise to strong opposition.

"When I begin to bug her to improve her appearance, to go out, take a spin, not just stay indoors, or to eat ..I notice that she wants to hit me, to swear, but she doesn't, she just moves away." (P7)

The feelings of devotion/hostility that characterize these mothers express their violent attempt to annihilate the other as an individual, who can only exist as an opponent. They cannot bear that their daughters are not extensions of themselves, and that they have serious difficulties to understand their own real emotional needs.

Discussion

Based on the material collected, we can clearly perceive the communication difficulties between these mothers and daughters with AN, characterized by compensating attitudes and disguised hostility. Thus, the vicious circle is secured, perpetuating the daughter's illness and the relationship model proposed by the mother.

AN begins to be experienced as an attack on the mother and on her devotion, which, by way of compensation, leads her to increase her offensive to make her daughter adapt to the model she is proposing. The confusion between the daughter's need for affection and understanding with the need to eat gives rise to a discrepancy in quality and quantity. The more this situation becomes entrenched, the more the communication is impregnated by hostile elements and thus the possibility of fulfilling the affective demand becomes more remote and the body of the AN patient becomes the only means of communication possible, given the extreme deprivation in which she lives. We agree on this point with Fox¹⁴, when he affirms that the environment of these patients is permeated with submission and hostility. Anger is avoided since what we find is an emotionally-charged environment, in which hostility and anger, albeit

veiled, play an active role in setting up the relationship pattern between mother and daughter, which gives rise to the incapacity of these mothers to listen to and understand the desperate demands of their daughters.

We were able to identify in these mothers' discourse that part of the incapacity to hear the daughters' demands could be related to what are known as transgenerational factors, in other words, we suggest that the interference in these mothers' ability to listen is due to problems relating to their experiences with their own mothers. We could say that they fail to understand their daughters because they see in them as an extension of themselves, in a non-differentiation, with their discourse revealing the conflicts and affective difficulties, in a kind of re-editing of their experiences with their own mothers. This is in line with the findings of Dallos and Denford¹² when they emphasize the transgenerational elements involved in this relationship, where there is difficulty in experiencing negative feelings.

The parents seen by Dallos and Denford¹² describe the emotional environments of their childhood as: lack of emotional warmth, lack of comfort and a cold and negative relationship with their parents and between their parents. The parents tried hard to act differently with their daughters and felt a great frustration at their inability to change this. Since corrective, affective experiences with their parents were lacking, these parents developed scant resources to deal with the emotional problems of their children, thus perpetuating the problem¹².

We believe that this failure in the communication between mothers and daughters is due to the factors defined above: veiled hostility that characterizes the relationship and the transgenerational difficulty to deal with intense affective situations. This partly explains what is described in the literature as the AN patient's strong sense of being misunderstood and of not belonging during childhood, mainly during adolescence, with a poor sense of self⁵.

There is a great difficulty among these mothers to understand the real emotional needs of themselves and of their daughters and in their attempt to overcome the qualitative deficiency with quantities, especially of food. This affective deficiency can lead to what is described as the

emotional absence of a physically present mother (Pearlman, 2005 *apud* O'Shaughnessy and Dallos, 2009). This is in agreement with the paradox we observed in our contact with these mothers, that is, they are excessively present in the real life of these girls, to the extent that they propose a fusional structure, which prevents the daughters from achieving a differentiation of the self, but at the same time they are felt to be insufficient and absent from the affective point of view inasmuch as they do not allow these girls to exist as individuals. Here we agree with Patching and Lawler⁵ when they affirm that patients with AN are searching for a self-identity and that they viewed their ED as a vehicle to achieve this. Thus, AN would be a desperate way of communicating to these mothers in the world of extreme affective poverty in which they live. It is in this sense that the body functions as a communication resource prior to psychic and even physical death.

Treating the family is an essential element in the treatment of ED^{1,2,3,4,11,15,18,19,20,21,22,23}, extending the care given to the patient to include the family and involving a team that is both trained in diagnosis and in clinical interventions^{4,11,20}. Whitney et al.²⁰ propose that special attention be given to the mothers, since they tend to present more intense responses to the symptomatology of the daughter.

Based on the findings of this study, we believe the training of the health teams who deal with AN is fundamentally important, above all in identifying the psychological characteristics of the mothers of these patients and in developing therapeutic and psycho-educational strategies that stem the perpetuation of the vicious circle, which keeps the mother-daughter relation permeated with conflictual questions. We specifically suggest that these mothers be oriented with regards the inefficiency and the harmful aspect of maintaining an attitude of excessive control that obstructs the expression of these girls' real self. They should be encouraged to foster an attitude where a possible communication between them is warmly welcomed, seeking other means to give free rein to the inevitable feelings of hostility and frustration rather than deny them or take it out on their daughters. The confusion between emotional needs and physical needs should be cleared up, thus avoiding that food take on the function of supplying emotional needs.

Providing a psychotherapeutic space, with a qualified health professional, so that these mothers can express their feelings and reflect on their difficulties they have with their daughters and those they had with their original family, can be a decisive element in their healthy engagement in their daughters' treatment.

Besides this, psycho-educational attention can be valuable, to better enable the parents to become more effective partners in the treatment of the illness. Providing psychoeducation to parents on the emotional burden of caring for someone with AN may be helpful, as in the findings of Sim et. al.¹⁵. We agree with these authors with regards a change in our comprehension of the distress found within families of AN: our interpretation of these families can be transformed from being part of the

problem to being part of the solution. Thus, psycho-education can also be useful in allowing the mother to reflect on their attitudes and involvement with their daughters, in such a way as to guarantee that she may rethink her positioning within the family and in the mother-daughter relationship so as to collaborate in the treatment of ED.

We believe that based on the findings of our research, we enlarged and pinpointed some factors of the emotional characteristics of the mothers of patients with AN that have been discussed in current scientific literature, thus providing new tools for health professionals in the difficult treatment of patients with AN, in an effort to make them allies in this struggle against the disease.

References

1. The National Institute of Mental Health (NIMH) [updated 2012; cited 2012 Feb 22] Available from: <<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>>.
2. World Health Organization [Internet]. Geneva. Department of Gender, Women and Health. Family and Community Health [updated 2005; cited 2010 Ago 27]. Available from: <<http://www.who.int/en/>>.
3. Wilson GT Shafran R. Eating disorder guideline from Nice. LANCET. 2005;365:79-81.
4. Campos L K, Sampaio AB, Garcia Jr C, Magdaleno Jr R, Battistoni MM, Turato ER. Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: Implications for treatment and prognosis. Trends Psychiatry Psychother 2012 (in press).
5. Patching J Lawler J. Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. Nurs Inq. 2009 Mar;16(1):10-21.
6. Miranda RM . O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. Rev Bras Psicanálise. 2004;38(2):309-34.
7. Lawrence M. Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. Int J Psychoanal. 2002 Aug;83(Pt 4):837-50.
8. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. Int J Eat Disord. 2002 Apr;31(3):290-9.
9. Viglietti GV. Os pais na anorexia nervosa. Uma abordagem psicanalítica. Rev Bras Psicanálise. 2001;35(1):97-106.
10. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. [updated 2006; cited 2012 Feb 21] Available from: <<http://www.psych.org>>.
11. Espindola CR, Blay SL. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. Rev Saude Publica. 2009 Aug;43(4):707-16.
12. Dallos R, Denford S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. Clin Child Psychol Psychiatry. 2008 Apr;13(2):305-22.
13. Tan JO Hope T, Stewart A. Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. Int J Law Psychiatry. 2003 Sep-Oct;26(5):533-48.
14. Fox JR. A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: a basic emotion and developmental perspective. Clin Psychol Psychother. 2009 Jul-Aug;16(4):276-302.

15. Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM, Ellingson J. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2009 Sep;42(6):531-9.
16. O'Shaughnessy R, Dallos R. Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009 Oct;14(4):559-74.
17. Turato ER. . Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas da saúde e humanas 5th ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
18. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eat Disord*. 2010 May;18(3):199-209.
19. Lock J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatr*. 2010 September;51(3):207-16.
20. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:444-9.
21. Cobelo AW, Saikali M, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e da bulimia nervosa. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004;31(4):184-7.
22. McMaster R, Beale B, Hillege S, Nagy S. . The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *Int J Ment Health Nurs*. 2004 Mar;13(1):67-73.
23. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord*. 2003 Sep;8(3):181-7.

5. DISCUSSÃO

A análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas com as mães de pacientes com AN permitiu expandir a compreensão do significado que o transtorno das filhas tem para elas, o modo como reagem e os aspectos de suas personalidades que são reativados nessas complexas relações. Entendemos que a presença da AN na família interfere significativamente no modo de vida dessas mães, que se veem obrigadas a utilizar recursos psicológicos, muitas vezes insuficientes, para atender às intensas demandas emocionais das filhas.

Trata-se de mulheres com importantes dificuldades no estabelecimento de sua identidade feminina, o que obscurece sua percepção das demandas de identificação das filhas e limita sua capacidade de ajuda. Esses fatores psicodinâmicos das mães recrudescem suas dificuldades de acolhimento e compreensão do sofrimento das filhas, com a conseqüente perda de confiança básica dentro da relação.

Em análise, dois de nossos objetivos nos pareceram relacionados de uma forma muito intensa e íntima, a questão das vivências emocionais das mães em relação a sua feminilidade, revivida no contato com a filha, e as questões da transgeracionalidade. Podemos supor, diante dos achados, que essas mulheres carregam em si a marca de dificuldades na constituição de suas identidades, que são transmitidas transgeracionalmente, e que têm, portanto, forte influência em sua capacidade de transmitir e construir modelos identificatórios para as filhas. O que essas mães viveram com suas mães, como foi para elas terem sido filhas, como elas introjetaram a função materna e sua identificação feminina, todos esses fenômenos estariam, de certa forma, ligados a aquilo que a mãe transmite ao seu bebê nos primeiros meses de vida, para além das palavras ou atitudes.

Como postulado por Freud (41), a identidade feminina é formada a partir do desligamento da mãe e da ligação ao pai como objeto de desejo, entretanto, como fator complicador do estabelecimento da identidade feminina, esse desligamento é acompanhado da hostilidade decorrente do ressentimento em relação à mãe, vivida intensamente no período pré-edípico. Assim, a essência da identidade feminina formar-se-ia, necessariamente, a partir de elementos de hostilidade e que

representam uma maior complexidade na estruturação do feminino, se comparada à estruturação do masculino. Caso haja problemas nesses momentos iniciais e fundantes da identidade, toda a estrutura identitária da mulher pode ficar comprometida.

Partindo de nossos achados, pudemos depreender que existem nessas famílias problemas na construção da identidade feminina que estruturam pontos cegos em suas personalidades e que são transmitidos de geração em geração. São mulheres que apresentam dificuldade em lidar com os aspectos agressivos do outro, sobretudo das filhas, que são aquelas que mais precisam de sua ajuda para se constituir como mulher. Talvez seja por isso que essas adolescentes com AN atacam violentamente sua própria feminilidade, descaracterizam-se fisicamente e ficam impossibilitadas para constituir-se emocional e fisicamente como mulher, como vimos nos estudos de Viglietti (17).

A possibilidade apresentada pelas mães como modelo identificatório está permeada por questões de não diferenciação, fusão e hostilidade reativa sentida a partir de qualquer tentativa de diferenciação das filhas. Essa hostilidade é negada e compensada com uma atitude de cuidados excessivos e superproteção, que chamamos de devoção e que reforça a construção do modelo fusional narcísico que aniquila o outro enquanto ser separado e autônomo.

Como vimos no trabalho de Lawrence (15), no caso da AN, houve uma falha importante na função materna. Ao tornar-se mãe, uma mulher com sua angústia sem nome, impossibilitada de ser pensada, acaba por projetar esta carga emocional em seu bebê. Desse modo, o psiquismo do bebê é invadido por esse objeto intrusivo e solicitado a criar recursos precocemente na tentativa de se defender dessas projeções maternas, o que não é efetivo para lidar com esse objeto intrusivo que então passa a fazer parte de seu psiquismo. Mãe e filha ficam misturadas e fusionadas de forma que se instala um movimento que culmina com uma não diferenciação, com a perda das fronteiras psíquicas e emocionais entre mãe e filha. Não se reconhece mais o que pertence à mãe e o que pertence à filha.

A partir disso, entramos no campo de outro de nossos objetivos, o de discutir o significado emocional da experiência da maternidade para as mães de filhas com AN. Percebemos ao longo das entrevistas que a experiência de maternidade para essas mães ficou marcada pela negação desse ódio que tem potencialidade constituinte de ser, ou seja, marcado pela impossibilidade do outro existir sem ter o colorido da subjetividade dessas mães. Associamos ao trabalho de Winnicott (48) no qual ele assinala a importância do ódio na relação mãe-bebê, de que existir como um ser real se dá a partir do reconhecimento do ódio que a mãe sente do seu bebê.

Os motivos para o ódio materno estariam relacionados aos seguintes fatores: de que o bebê não é uma concepção mental da mãe, nem é totalmente de acordo com as suas expectativas, nem magicamente produzido; é um perigo para seu corpo na gestação e no parto; interfere em sua vida privada e é um obstáculo para a sua ocupação anterior; com maior ou menor intensidade a mãe sente que o bebê é algo que sua própria mãe deseja e ela o produz para aplacá-la; ele machuca os mamilos da mãe na amamentação; é impiedoso e trata-a como “uma serva sem pagamento, uma escrava”; o bebê dita a lei na qual a vida deve fluir no seu ritmo; a mãe tem que amá-lo com suas excreções e tudo mais; ele se decepciona com ela; ela se frustra com ele; no início ele não percebe o que a mãe faz por ele, do quanto ela se sacrifica; e é impossível para ele suportar o seu ódio. Portanto, a mãe deve ser capaz de reconhecer e tolerar seu sentimento de ódio sem fazer nada a esse respeito que seja dirigido ao seu bebê. Gostar implica em ter suportado o ódio, para tomar o bebê como uma pessoa real e não criação da subjetividade da mãe (48).

Em nossos achados, nos deparamos com mães que propõem uma relação fusional, que não permitem a elaboração desse sentimento de ódio que sentem das diferenças, da existência de sua filha como outra pessoa e não uma extensão delas próprias e que negam, de forma mais ou menos explícita, a existência desse ódio. Como houve uma falha nestas mães em saber como lidar com o ódio em suas constituições como mulher, ficam limitadas no trabalho de permitir a construção do modelo feminino em suas filhas.

A relação fusional proposta por essas mães seria a resultante dessa falha nos mecanismos de suporte dos sentimentos de hostilidade em relação ao bebê. As descrições de como ser mãe é muito bom, como elas gostariam que os filhos fossem para sempre bebês, portanto, mais adequados a serem depositários de suas expectativas do que quando adolescentes que buscam afirmar suas diferenças, nos mostra claramente que essa situação descrita por Winnicott (48) não aconteceu.

Lembramos a frase dita pela P7, *“Eu não suporto ficar sozinha”*, que remete a intolerância dessas mulheres à separação, ao desejo de ter a filha para si, mesmo que à custa da capacidade de ser e de existir da filha. Apoiadas no modelo fusional e de não diferenciação como o único possível, invadem o espaço psíquico das filhas procurando tornar seu modelo o modelo delas. Oferecem a elas, desde muito cedo na vida, um modelo rígido de conduta e funcionamento, que seria mais adequado a elas mesmas do que aos anseios e necessidades de suas filhas, modelo esse baseado nessa intolerância à solidão e ao convite a uma relação fusional.

Podemos pensar nas vivências das mães das pacientes com AN com suas próprias mães, elas descrevem uma relação de explícita hostilidade, como uma mãe que “põe no fogo” (P1), que “bate um dia sim e outro também” (P7), e uma intensa vontade de fazer diferente com suas filhas, de protegê-las, de poupá-las. Assim, fazemos uma associação ao estudo de Dallos e Denford (20), quando descrevem o ambiente emocional de famílias de pacientes com AN como carregados de sentimentos negativos entre seus membros, tanto nas gerações atuais como nas gerações de origem com esses elementos presentes nas memórias de infância dos pais. Esses pais relatam que não receberam conforto e carinho de seus pais, e que eles tinham a sensação de que eles próprios é que deveriam fornecer este conforto e carinho a si mesmos naquela época. De acordo com os achados desses autores, que corroboram com os nossos, aparece nesses pais a vontade de fazer diferente com seus filhos o que causa frustração frente ao desafio representado pela adolescência, e por se depararem com as suas incapacidades em fazer algo que não viveram, ou até mesmo de fazerem o

extremo oposto e assim criar um novo problema. Dessa forma, estabelecem para os filhos modelos falhos ou compensatórios que criam grandes desencontros.

Uma questão importante identificada por nós é a dificuldade de comunicação dessas mães com suas filhas, existe um desencontro possivelmente secundário à não diferenciação e à relação fusional proposta. Essas mães ficam impossibilitadas de ver as filhas como separadas delas e a fala que remetem a elas atende mais às próprias demandas do que às demandas da filha. É queixa comum que as filhas não ouvem o que elas dizem, não escutam seus conselhos e não conseguem ver aquilo que querem mostrar. Esses achados estão de acordo com Dallos e Denford (20) quando afirmam que as famílias de jovens com AN não confiam na comunicação entre seus membros, especialmente no que se refere à expressão de sentimentos de uns em relação aos outros, com a sensação de que o que é comunicado emocionalmente pode ser irreal ou falso. Há uma preocupação com a incapacidade de se expressar, de serem confusos e desacreditados a respeito dos sentimentos que estão mostrando e até mesmo sobre o que sentem. Corroborando nossos achados, estes autores também encontraram entre os membros dessas famílias sentimentos de culpa, frustração, raiva encoberta e a utilização de técnicas para enganar.

Identificamos que a falha na comunicação mãe-filha é possivelmente o resultado de um paradoxo, as mães das pacientes com AN ao mesmo tempo em que estão fisicamente muito próximas das filhas, emocionalmente encontram-se voltadas para si mesmas, para seus próprios desejos. Desse modo, concordamos com a aproximação que O'Shaughnessy e Dallos (49) fizeram para explicar o estado de sentimento intenso de ansiedade de separação e das dificuldades nas regulações emocionais relatadas pelas pacientes com AN com os trabalhos de Bowlby que asseveram que este dano pode ter sido causado pela ausência emocional da presença real da mãe.

A entrega pessoal necessária para uma maternidade adequada, fica confundida com padrões rígidos de controle e de expectativas quanto a filha, o que cria desconfiança, sufocamento emocional e intensas atitudes de oposição.

As atitudes da filha que sinalizam tentativas de individuação e possibilidade de separação são interpretadas como ataques à mãe, alimentando sentimentos de ódio que tem de ser novamente velados e negados, fechando assim um círculo vicioso que culmina com a rígida oposição que a menina faz à mãe e, por vezes, à própria vida. Essa negação do ódio, além de passar a mensagem de que elas não suportam esse sentimento, cria nessas meninas a ideia de que elas também não o suportariam, acirrando a dependência e o vínculo fusional da dupla, cristalizando em suas identidades uma mistura de aspectos da mãe e da filha.

Chegamos ao nosso último objetivo, o de discutir o sentido que o transtorno da filha tem para essas mães. A AN é vivenciada por essas mães como um ataque pessoal e como uma injustiça frente à sua postura de devoção. O que não fica claro para essas mães é a confusão que fazem entre atender às necessidades e demandas emocionais das filhas e o modelo rígido de controle onipotente, vivenciado na devoção. A não percepção dessa confusão causa intensos sentimentos de frustração e de ingratidão relativos à conduta das filhas, levando-as a recrudescer esforços para adaptar a filha a suas expectativas.

Outra consequência desta dificuldade em discriminar sentimentos é a confusão que fazem entre a necessidade de afeto e compreensão por parte da filha, com a necessidade de alimento. Em função disto procuram suprir qualidade com quantidade, sobretudo de alimentos e cuidados. Este aspecto foi apontado por Patching e Lawler (13) ao ressaltarem que os transtornos alimentares pioram quando os pais tentam forçar a recuperação de suas filhas adolescentes, sendo essa atitude sentida como tentativa de controle, e por Ma (19) ao afirmar que jovens com transtornos alimentares percebem a tentativa de seus pais em ajudá-las na alimentação como algo invasivo, ofensivo e controlador.

Para os pais, o transtorno alimentar da filha é percebido como uma estratégia de controle dela sobre sua própria vida e sobre a vida dos outros (18) e o sentimento de impotência é marcante, afetando-os profundamente e fazendo-os sentirem-se manipulados e controlados (18,28). Observamos que a contrapartida disto é a postura rígida de controle que as mães adotam para fazer frente ao que é

vivido como um ataque desafiador das filhas. A sobrecarga que esse embate sem vencedores impõe às mães obriga toda a família a focalizar suas atenções na filha com AN, tornando-se o ambiente familiar dominado e invadido pelas demandas dela. Estes achados corroboram os de Espíndola e Blay (18) e Honey e Halse (50).

Desse modo, as pacientes com AN forçam uma profunda reorganização do sistema familiar como um todo, modificando sua dinâmica, exigindo adaptações de ordem emocional, cognitiva e material. Percebemos isso nas mães que, após o surgimento da AN, escolhem mudar ou mesmo abandonar suas ocupações profissionais a fim de dedicarem-se integralmente aos cuidados das filhas, no controle de sua alimentação e de seus hábitos, sem perceber que desse modo aprisionam mais a si e às suas filhas no modelo relacional patológico da AN. Entendemos que nesse sentido que Espíndola e Blay (18) afirmam que família passa a viver em função do membro afetado. A resultante desse processo de dependência e controle é muito danosa tanto para a mãe como para a filha, pois ambas perdem sua identidade e sua autonomia em relação à vida e à criatividade, havendo um esvaziamento de sentidos, um empobrecimento da capacidade simbólica e do pensamento, reduzindo a vida delas a este estado de paixão e devotamento que polariza todas as possibilidades da dupla e do entorno familiar.

Em relação a essa profunda reestruturação da dinâmica familiar que acaba por recrudescer a relação fusional mãe-filha, concordamos com Viglietti (17) quando postula ser imprescindível a abordagem familiar nos casos de AN visando desarticular, o quanto antes, o controle mútuo que a paciente e sua família exercem entre si, e que os mantém presos a uma dinâmica rigidamente consolidada, cujo resultado perpetua a vigência do sintoma. Para este autor, corroborando os achados de nossa pesquisa, esse controle encobre uma forte desconfiança e total ausência de empatia, que seria o verdadeiro núcleo em torno do qual se organiza esta particular dinâmica familiar.

Outra questão importante, apreendida a partir da fala dessas mães, é o lugar do pai nessa estrutura familiar. Gorgati et al. (51) enfatizam que "a aliança e

o combate entre mãe e filha fazem um cordão de isolamento entre elas e o mundo. O pai é um objeto-esboço que serve para confirmar a fidelidade do relacionamento com a mãe” (p.119). Ele é considerado um intruso que perturba a fantasia de fusão mãe-filha, sendo sua presença desvalorizada pela mãe, como uma possível tentativa de anulação para a perpetuação do pacto fusional. Nesse sentido, o pai é descrito pelas mães como uma figura apagada e ineficiente, incapaz de se posicionar ativamente frente ao transtorno da filha.

Com um pai anulado pela fusão mãe-filha, e uma mãe excessivamente presente e ao mesmo tempo afetivamente ausente, o ambiente torna-se intensamente conflitivo após o aparecimento da AN da filha. Frequentemente os pais relatam que o ambiente familiar antes do transtorno era normal, contudo Brunch (1978 *apud* Espíndola e Blay, 18) questiona se o ambiente era realmente adequado ou se as dificuldades existiam e não eram percebidas pelos familiares, estando encoberto um padrão inadequado de relacionamento interpessoal caracterizado por uma aparente harmonia, que ocultava graves conflitos latentes. Neste sentido, o aparecimento da AN da filha é uma linha de corte na história destas famílias, e que pode denunciar uma estrutura familiar patológica que estava latente. Após o surgimento da AN os conflitos e discussões familiares aumentam e a comunicação entre os membros da família fica prejudicada (18,28), sendo o momento em que aparecem as mentiras das pacientes na tentativa de encobrir o transtorno, das quais as mães tanto se queixam e frente às quais se veem obrigadas a desenvolver estratégias de investigação e controle que deterioram ainda mais as relações de confiança que já eram precárias.

6. CONCLUSÃO

De acordo com a análise e aprofundamento das experiências emocionais das mães de pacientes com AN entrevistadas, consideramos que os objetivos da presente pesquisa foram atingidos. Ao nos inclinarmos sob as vivências emocionais dessas mães, pudemos identificar importantes aspectos que podem contribuir com o desenvolvimento, manutenção e prognóstico nesses casos, e que tem grande importância para o manejo clínico e terapêutico dessas pacientes.

Observamos que as mães das pacientes com AN são mulheres com importantes dificuldades para lidar com emoções intensas, principalmente com a hostilidade e com o ódio, e que, em função disso, desenvolvem mecanismos defensivos para evitar estes sentimentos e principalmente formações reativas, o que as coloca rigidamente aprisionadas a uma atitude de devoção e submissão às filhas. Essa atitude leva a um importante desencontro na comunicação entre mãe e filha, que se apresenta de forma mais evidente na adolescência, ou seja, no momento em que as demandas da filha por individualidade atingem seu ápice. É o momento em que mais frequentemente eclode o transtorno e no qual começam os típicos conflitos entre mãe e filha, as mentiras e as quedas de braço para testar quem controla quem.

Este desencontro na comunicação impede que essas mães compreendam as necessidades mais essenciais de suas filhas, lançando-as numa situação de grave desamparo emocional. O ambiente artificialmente tranquilo que existe antes do início dos sintomas, decorre a nosso ver, de um apagamento dos aspectos hostis da relação, o que empobrece a construção simbólica da filha e sua constituição como ser independente. Prisioneiras deste circuito de devoção, controle e velamento de emoções as mães tornam-se cada vez mais desconhecedoras da individualidade e da intimidade de suas filhas. Este movimento impossibilita individuação das filhas, tornando-se o sintoma anoréxico a única forma que encontram para se comunicar e para se defender do controle e das constantes invasões da mãe.

Acreditamos que com nossos achados ampliamos a compreensão das dinâmicas familiares da AN, principalmente da relação mãe-filha, fornecendo, para

os profissionais de saúde e pesquisadores que lidam com esta complexa e grave patologia, novas diretrizes para desenvolver estratégias terapêuticas eficazes para as pacientes com AN e sua família.

Importante reflexão faz-se necessária em relação ao fato de que nosso estudo não se propôs a estabelecer conexões causais entre as características psicológicas das mães e o transtorno da filha e que tampouco o que encontramos nos autoriza a dizer que exista uma mãe capaz de provocar anorexia em sua filha. O que nossos achados revelam é a contribuição das vivências emocionais dessas mães, questões que afetam no desenvolvimento e no prognóstico da AN, mas que não desconsideram toda a multiplicidade e complexidade de fatores que compõem a AN.

Os achados proporcionam ampliar a compreensão do transtorno e do tratamento, sinalizando um norte no acompanhamento dos pais nesses casos. A relevância e a originalidade do presente estudo estão na articulação dos fatores encontrados na literatura científica com os achados de campo, que permitiram a expansão da compreensão da dinâmica mãe-filha nos casos de AN com o aprofundamento no conhecimento das experiências emocionais das mães dessas pacientes.

Depreendemos, a partir dos nossos achados, que é de fundamental importância o acompanhamento dessas mães desde a avaliação diagnóstica da paciente com AN até a recuperação do quadro clínico, principalmente na sua fase de manutenção, na qual uma presença inadequada da mãe ou da família pode ser decisiva na piora do prognóstico. O tratamento da AN deve, portanto, incluir um espaço psicoterapêutico para as mães das pacientes, no qual elas possam lidar com suas questões pessoais, como as dificuldades transgeracionais no trato com emoções intensas, que tão claramente interferem negativamente na capacidade que elas têm em compreender e ajudar suas filhas. O objetivo seria torná-las aptas a refletir sobre suas posturas e atitudes em relação à filha e a separar seus próprios sentimentos, principalmente em relação à hostilidade, das demandas objetivas de suas filhas. A orientação psicoeducacional das mães também tem um

importante papel para proporcionar um espaço para reflexões sobre comportamentos delas que possam não ser efetivos para a recuperação da saúde da filha, ou até mesmo prejudiciais, além de alertá-las sobre a importância de algumas mudanças práticas na forma de reagirem aos comportamentos da filha. Desse modo, a presença de uma equipe de saúde que conte com profissionais capazes de compreender essas questões apresentadas na presente pesquisa é essencial para que o tratamento seja mais efetivo e na abordagem da complexidade envolvida na AN.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
2. Knobel M. A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury, A; Knobel, M. Adolescência Normal. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 24- 62.
3. Aberastury A. (org); Adolescência. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1990.
4. OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª Revisão. 7ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1999.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Fischer M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Shebendach J, Sigman G, Ammerman S, Hoberman HM. Eating disorders in adolescents: a background paper. Journal of Adolescent Health Care, New York 1995;16(6):420-37.
7. Nielsen S. Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2001;24(2):201-14.
8. Klein DA & Walsh T. Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. Physiology & Behaviour 2004;81(2):359-74.
9. Beumont PJV; Russel JD; Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. Lancet 1993; 341(8861):1635-40.
10. Steinhausen HC. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. Am. J. Psychiatry 2002;(159):1284-93.

11. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet* 2000;355(9205):721-2.
12. Kaplan AS. Psychological Treatments for Anorexia Nervosa: a Review of Published Studies and Promising new Directions. *Can. J. Psychiatry*. 2002;47(3):235-42.
13. Patching J, Lawler J. Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nurs Inq*. 2009 Mar;16(1):10-21.
14. Miranda RM. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Rev. Bras. Psicanálise* 2004;38(2):309-34.
15. Lawrence M. Body, Mother, Mind. Anorexia, femininity and intrusive object. *Int. J. Psychoanal* 2002; 83: 837-50.
16. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter M, Kaplan A, Berrettini WH et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 290-9.
17. Viglietti GV. Os pais na anorexia nervosa. Uma abordagem psicanalítica. *Rev. Bras. Psicanálise* 2001;35(1):97-106.
18. Espíndola CR, Blay SL. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2009 Aug;43(4):707-16.
19. Ma JL. Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy in Shenzhen, China. *Qual Health Res*. 2008 Jun;18(6):803-10.
20. Dallos R, Denford S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2008 Apr;13(2):305-22.

21. Tan JO, Hope T, Stewart A. Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *Int J Law Psychiatry*. 2003 Sep-Oct;26(5):533-48.
22. The National Institute of Mental Health (NIMH) [updated 2012; cited 2012 Feb 22] Available from: <<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>>.
23. World Health Organization [Internet]. Geneva. Department of Gender, Women and Health. Family and Community Health [updated 2005; cited 2010 Ago 27]. Available from: < <http://www.who.int/en/> >.
24. Wilson GT, Shafran R. Eating disorder guidelines from NICE. *Lancet* 2005; 365: 79-81.
25. Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM and Ellingson J. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2009; 42: 531–39.
26. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eat Disord*. 2010;18:199-209.
27. Lock J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatr*. 2010 September; 51(3): 207–16.
28. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:444-9.
29. Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e da bulimia nervosa. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2004 31(4): 184-7.
30. McMaster R, Beale B, Hillege S, Nagy S. The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *Int J Ment Health Nurs*. 2004 Mar;13(1):67-73.

31. Bell L. What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eat Weight Disord.* 2003 Sep;8(3):181-7.
32. Appolinário JC; Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002;24(3):54-9.
33. Casper RC. How Useful Are Pharmacological Treatments in Eating Disorders? *Psychopharmacology Bulletin* 2002;36(2):88-104.
34. Freud S. Rascunho G. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 246-53.
35. Freud S. História de uma neurose infantil. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 19-129.
36. Colucci RB. De quem é o desejo? A reconstrução do desejo na anoréxica. *Rev. Bras. Psicanálise* 2004;38(2):285-307.
37. Della Nina M. A anorexia nervosa e a psicanálise: tendências e uma leitura. *Rev. Bras. Psicanálise* 2003;37(2/3):687-710.
38. Camargo I. Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio. In: Bucarechi HA. Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 111-23.
39. Klein M. Uma contribuição para a psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: Amor culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 301-29.
40. Lawrence M. Amando-os até a morte: a anoréxica e seus objetos. *Livro Anual de Psicanálise.* São Paulo: Escuta 2003;XVII:175-186.

41. Freud S. Conferência XXXIII: Feminilidade. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 113-34.
42. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
43. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24:17-27.
44. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2006; 14(5):812-20.
45. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2009; 17(2):259-64.
46. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):611-4.
47. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. [acesso em 10 de março de 2008]; Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm
48. Winnicott DW. O ódio na contratransferência (1947). In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 277-87.
49. O'Shaughnessy R, Dallos R. Attachment research and eating disorders: a review of the literature. Clin Child Psychol Psychiatry. 2009 Oct;14(4):559-74.

50. Honey A, Halse C. The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qual Health Res.* 2006;16:611-29.
51. Gorgati SB. O feminino congelado na anorexia. In: Alonso SL, Gurfinkel AC, Breyton DM, editors. *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo.* São Paulo: Escuta; 2002.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 08/06/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 423/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0335.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO COM ANOREXIA NERVOSA ATENDIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lia Keuchguerian Silveira Campos.

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/05/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 08/06/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Compreender as vivências emocionais de mães de adolescentes do sexo feminino, cujas filhas receberam o diagnóstico de anorexia nervosa e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do HC-Unicamp.

III - SUMÁRIO

Serão selecionadas mães de meninas anorexicas cuja pesquisadora acredite que permitam a realização dos objetivos propostos. O critério de exclusão será aplicado aos que não aceitarem assinar o TCLE e em que tantas mães ou filhas apresentem comorbidades neurológicas e psiquiátricas. Trata-se de um estudo clínico qualitativo, não experimental, que aplica fundamentos do método psicanalítico. Cuidados éticos serão tomados seguindo as normas preconizadas pela resolução 196/96. A técnica de tratamento de dados será feita por meio de: transcrição das entrevistas na íntegra, leituras flutuantes interpretadas a partir de um referencial psicanalítico, categorização e análise de conteúdo. Inicialmente 10 sujeitos, mas será definido por amostragem de saturação, com 2 entrevistas de 1,5h e se necessário uma terceira, mais breve. Ocorrerão por ocasião de comparecimento ao ambulatório para acompanhar a filha ou a pesquisadora irá “em busca” das mesmas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de maio de 2009.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

ANEXO II
Ficha de caracterização e roteiro-diário de campo.

Entrevista N. _____

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / ____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

A) Dados de identificação pessoal da entrevistada:

Nome completo:

Endereço para contato:

Telefone:

Data de nascimento:

Profissão:

Naturalidade:

Procedência / Há quanto tempo:

Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo:

Com quem mora:

Atividades de lazer:

Religião (denominação) / Religiosidades (prática):

Outros dados afins:

B) Questões sobre as vivências emocionais de mães de adolescentes do sexo feminino que receberam o diagnóstico de anorexia nervosa.

Questão disparadora: Conte-me sobre como é ter uma filha com anorexia nervosa.

Conte-me um pouco sobre o que a relação com a sua filha provoca em você.

O que mudou após o diagnóstico de anorexia nervosa?

O que você acha que acontece com a sua filha?

O que você acha que faz alguém não querer comer?

Conte-me um pouco de como são os momentos em que você está com a sua filha.

Quais as emoções e sentimentos que você experimenta?

E as brigas, os conflitos?

Conte-me um pouco de como foi você como filha, me fala da sua relação com a sua mãe.

Conte-me um pouco sobre o que é ser mãe.

E o pai dela?

C) Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

Apresentação pessoal da informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

Reações/manifestações contratransferenciais:

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: UNICAMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

Projeto: Vivências emocionais de mães de adolescentes do sexo feminino com anorexia nervosa atendidas no Hospital das Clínicas da UNICAMP: um estudo clínico-qualitativo.

Pesquisadora: Lia Keuchguerian Silveira Campos – psicóloga.

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Telefone: (19) 3521-7206 (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria)

O **objetivo** desta pesquisa científica é conhecer as vivências emocionais de mães de pacientes do sexo feminino que receberam o diagnóstico de anorexia nervosa e que estão em tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Para tanto, serão realizadas uma ou duas entrevistas, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa, nas quais você nos contará um pouco da sua vida, de seus sentimentos e emoções e sobre a sua relação com a sua filha.

Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão sob **sigilo**. O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo **citações anônimas**, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, sem citar o seu nome.

Este estudo poderá não lhe trazer benefícios diretos ou imediatos, além da oportunidade de poder conversar sobre suas questões, mas poderá haver mudanças nos cuidados a pacientes em situações clínicas semelhantes às suas após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Este **TERMO** é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado e por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para que estas entrevistas sejam gravadas.

Fui informada de que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa e que, após cinco anos da pesquisa, as gravações serão apagadas.

Fui informada de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, sem me identificarem.

Fui informada de que não há riscos para minha saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas também de que poderei ter lembranças e emoções durante a entrevista e que receberei assistência e encaminhamentos adequados.

Fui informada de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que minha filha recebe.

Fui informada de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas, se possível, deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME: _____ ASSINATURA: _____
Pesquisadora: _____

Entrevistada: _____

Entrevista nº. ____ Data ____ / ____ / ____ Local: _____.

ANEXO IV
Autorização para utilização do artigo publicado no corpo da tese



Porto Alegre, April 19, 2012.

Att.: Lia Keuchguerian Silveira Campos
Re.: Copyright release, manuscript no. RPRS-2011-0018

Dear Author:

This is to confirm that the journal Trends in Psychiatry and Psychotherapy and the Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul grant permission for inclusion of the below-mentioned article, recently accepted for publication, in the author's MSc thesis:

Campos LK, Sampaio AB, Garcia Jr C, Magdaleno Jr R, Battistoni MM, Turato ER. Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. Trends Psychiatry Psychother. 2012;34(1):13-8. (In press)

The article will soon be available free of charge at the SciELO database.

Sincerely,



Denise Arend
Managing Editor
Trends in Psychiatry and Psychotherapy

Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 5311/202, CEP 90610-001, Porto Alegre, RS, Brasil
Tel./Fax: (55 51) 3024 4846 - E-mail: trends@aprs.org.br