

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE EM MULHERES QUE SOFRERAM DE
ANOREXIA E BULIMIA**

Ângela Sofia Piteira Nogueira

12148

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE EM MULHERES QUE SOFRERAM DE
ANOREXIA E BULIMIA**

Ângela Sofia Piteira Nogueira

Dissertação orientada por Professor Doutor António Pazo Pires

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor António Pires por ter orientado, motivado e confiado na realização deste trabalho.

A todas as participantes, sem as quais este trabalho não seria possível, pela confiança, disponibilidade e partilha.

Ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria por ter facilitado e disponibilizado recursos para a recolha de dados.

Ao Professor Doutor Daniel Sampaio pela sua disponibilidade, paciência e sabedoria que tanto contribuiu para a realização deste estudo.

À Biblioteca do ISPA e todos os funcionários, por possibilitarem o acesso ao conhecimento dos antigos e recentes pensadores que cimentam este trabalho.

Às minhas colegas de turma pelo apoio, companheirismo e amizade ao longo deste ano.

Aos meus amigos, pela capacidade crítica e por toda a ajuda, por respeitarem e compreenderem os momentos de maior stress e ausência, por serem sempre a minha fonte de coragem nos momentos difíceis e por me ajudarem a pensar e rever opções.

À minha família, por todo o apoio e confiança ao longo de todo o caminho, pelo orgulho a cada meta atingida, pelo suporte e pela oportunidade que me deram para me tornar uma psicóloga.

Ao Nuno, meu namorado e amigo, pela presença constante e atenta, por todo o incentivo, pelo apoio e coragem, principalmente nos momentos de maior angústia e medo, pela fé no meu trabalho mesmo quando eu já não a tinha, por toda a paciência e por todo o amor.

A alguém que sei que esteve sempre por perto, por ser uma fonte de inspiração e de força onde busco toda a confiança, por me acompanhar e proteger ao longo desta e de tantas outras etapas para o resto da minha vida.

A todos um muito obrigada.

RESUMO

O objectivo é identificar as características parentais de mulheres que sofreram de anorexia e bulimia antes da maternidade. Os participantes foram quatro mulheres, com idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos de idade, que sofreram de perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia) durante a adolescência e início de idade adulta e que, actualmente, têm filhos entre 1 e 12 anos de idade. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e analisadas segundo o método da “Grounded Theory”. Verifica-se uma história comum marcada por uma grande dificuldade em lidar com o corpo e com os afectos e uma baixa auto estima que se revela em sentimentos como o medo de incapacidade ou insegurança na relação com os filhos. As relações de parentalidade aparecem marcadas por sentimentos de grande culpabilização, sobretudo nos primeiros meses de vida da criança, e atitudes de prevenção e cuidado dirigidas para saúde dos filhos. Os resultados indicam também relações de grande proximidade, protecção e preocupação manifestada em relação aos filhos que se vêm a desenvolver após uma fase de afastamento inicial. Este é o primeiro estudo que aborda as características parentais destas mulheres de um modo tão profundo, não se restringindo à sua classificação ou comparação com mulheres sem este tipo de problemas.

Palavras-chave: anorexia, bulimia, maternidade, parentalidade, grounded theory

ABSTRACT

The aim is to identify the parenting characteristics of women who suffered from anorexia and bulimia before motherhood. The participants were four women, aged between 25 and 39 years old, who suffered from the eating behavior disorders (anorexia and bulimia) during adolescence and early adulthood and which currently have children between 1 and 12 years of age. There were semi-structured interviews that were recorded and analyzed by the method of "Grounded Theory." There is a common history marked by great difficulty in dealing with the body and the affections and a low self esteem that it is in feelings such as fear of failure or insecurity in the relationship with their children. The relationship of parenting is marked by great feelings of blame, especially in the first months of life and attitudes of prevention and care directed to health of children. The results also indicate particularly close relationship, protection and concern expressed in relation to the children who come to develop after an initial phase of removal. This is the first study that addresses the characteristics of these women parenting in a way so profound, is not to restrict their ranking or comparison with women without such problems.

Key-words: anorexia, bulimia, motherhood, parenthood, grounded theory

ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA	1
INTRODUÇÃO	1
ANOREXIA E BULIMIA: PREVALÊNCIA E DIAGNÓSTICO	3
MATERNIDADE E IMAGEM CORPORAL	5
MATERNIDADE E ANOREXIA/BULIMIA	7
RELAÇÃO MATERNA COM A CRIANÇA	10
As refeições	10
Função Parental	11
CONCLUSÃO	14
ARTIGO EMPÍRICO	16
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
MÉTODO	19
PARTICIPANTES	19
PROCEDIMENTO	19
ANÁLISE DE DADOS	20
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	39
Anexo A	40
Entrevista 1.....	41
Entrevista 2	47
Entrevista 3	52
Entrevista 4	57
Anexo B	63
Lista de Categorias das Entrevistas	64
Anexo C	65
Memorandos	66
Anexo D.....	97
Grounded Theory	98

INTRODUÇÃO

A compreensibilidade da realidade psíquica tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos, não sendo hoje limitada ao estanque intra-individual mas antes alargada à diversidade relacional dos sujeitos e dos sistemas em que os mesmos se inserem. É neste sentido que cada vez mais se entende a necessidade de estudar as relações familiares, percebendo especialmente de que modo é que as mesmas se interligam com o modo de estar e de se desenvolver da criança, inserindo-se neste contexto vários estudos sobre a parentalidade e, sobretudo, sobre a parentalidade exercida por um ou mais membros em risco.

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma verdadeira obsessão pela magreza e pelo corpo perfeito que, para algumas mulheres, se vai erguendo como um objectivo máximo quase inalcançável, levando muitas vezes ao desenvolvimento de graves problemas de saúde que passam, maioritariamente, por perturbações da esfera oro-alimentar (Ahern & Hetherington, 2006). Começando quase sempre na adolescência e afectando cada vez mais mulheres, a anorexia e a bulimia são os dois exemplos mais comuns destas perturbações que, exercendo uma forte ligação com a imagem corporal, podem prolongar-se até a idade adulta. De um modo semelhante ao que acontece com as mulheres que sofrem de anorexia ou bulimia, também a maternidade está envolta em alterações, físicas e psíquicas, que podem mudar por completo o modo de sentir, viver e se relacionar de cada mulher. Pensando nas exigências actuais dirigidas a cada mulher é interessante tentar perceber de que modo é exercida a parentalidade por estas mulheres. Uma vez que a anorexia e a bulimia ocorrem maioritariamente em jovens do sexo feminino torna-se importante avaliar as eventuais consequências a nível médico e psicológico quando uma mulher com este tipo de psicopatologia fica grávida (Franco & Walton, 1993).

Como refere Leal (1992), a Psicologia da Maternidade constitui um espaço de teorização e de intervenção particular em Psicologia da Saúde. A maternidade corresponde, antes de mais, a um espaço inaugurado por um discurso médico: no plano institucional, pela criação de maternidades e no plano conceptual, transcendendo a mera prestação de um serviço obstétrico e assumindo novas preocupações, com o bebé, que no sentido mais amplo se designa por desenvolvimento mais cuidadoso da gravidez e maternidade e, antes mesmo, com as consultas de rotina. A psicologia da gravidez e da maternidade corresponde então a uma área que pretende repensar a mulher com especial ênfase no materno, não deixando de procurar integrar as relações com o feminino. Toda a pressão a que a mulher está sujeita

(tanto exercida ao nível da imagem corporal como da sua posição enquanto mulher/mãe) condiciona as formas de envolvimento relacional com a criança, podendo esta última vir a sofrer das consequências de um estado emocional menos positivo por parte de sua mãe.

A pouca investigação levada a cabo em torno da maternidade em doentes anoréticas e bulímicas suscita o interesse e fomenta a avaliação das possíveis consequências a nível relacional e da parentalidade que daí poderiam ocorrer, assim como os padrões de relacionamento. Por vergonha, secretismo ou negação muitas são as mulheres que escondem a anorexia ou bulimia e acabam muitas vezes por esconder a doença tanto dos familiares como do médico, sendo este um factor de risco especialmente em casos de gravidez, seja a doença actual ou passada.

Segundo Lacey e Smith (1987, citado por Patel, Wheatcroft, Park & Stein, 2002) a maior parte das mulheres com sintomas de bulimia nervosa anterior à maternidade, ainda aquelas que pensam já ter recuperado da doença, retomam-nos após o parto. O estudo de Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes e Stein (2005) vai mais longe e explica que os sentimentos associados pelas mulheres com anorexia ou bulimia durante a maternidade se assemelham bastante aos das mudanças no seu corpo que ocorreram durante a puberdade, altura em que se iniciaram os problemas a nível da identidade e imagem corporal.

A maternidade tem sido vista como um período de um grande desenvolvimento e mudança para a mulher durante o qual inquietudes, ansiedades ou medos vêm à superfície. Os conflitos com as alterações corporais, com as alterações nas tarefas do dia-a-dia e preocupações com o próprio papel de mãe e separação psicológica após o nascimento do bebé são factores com os quais a mulher tem de aprender a lidar. O desapontamento expresso relativamente ao peso ganho durante a gravidez e ao peso residual no pós parto é conhecido, assim como a preocupação das mulheres no que respeita às alterações corporais (Walker, 1998). A maternidade, ainda que seja quase sempre descrita como um período único para cada mulher, é um período de grandes mudanças. Quando se trata de uma mulher que passou por uma anorexia ou bulimia será fácil compreender que estas mudanças poderão ser ainda mais sentidas. As alterações corporais podem reenviar para o período da doença e, deste modo, a maternidade não será vivida com a serenidade e felicidade que se desejaria. Pretende-se, deste modo, alertar para a importância da avaliação cuidada dos casos de maternidade em mulheres que sofrem ou sofreram no passado de perturbações do comportamento alimentar e levantar eventuais questões para que sejam abordadas em estudos futuros. Neste âmbito, o objectivo da presente revisão de literatura é explorar os trabalhos já existentes sobre as perturbações do comportamento alimentar e o modo como estas se manifestam na experiência da maternidade, procurando conhecer os

comportamentos e as atitudes destas mães para com os seus filhos. Ao longo desta revisão vai ser apresentada ao leitor a caracterização da anorexia e da bulimia (as duas perturbações do comportamento alimentar mais comuns), os seus sintomas e prevalência, a associação da maternidade à imagem corporal da mulher (muitas vezes distorcida neste período) e, conseqüentemente, à anorexia e bulimia, assim como a relação destas mulheres com as crianças, procurando entender de que modo a parentalidade é exercida. Em tom de conclusão irão ser apresentadas algumas limitações inerentes a esta revisão e ainda algumas direcções ou caminhos que se pensam ser importantes seguir para o avanço do conhecimento nesta área.

O material para a presente revisão de literatura foi pesquisado nas bases de dados informáticas “*PsycINFO*” e “*PsycARTICLES*” da “*EBSCO*”. Foram introduzidos as palavras-chave “maternity”, “eating disorders”, “motherhood”, “anorexia”, “bulimia”, “pregnancy”, “body image”, “parenting style”, combinando-as entre si. Para seleccionar apenas os trabalhos mais actuais foi feito um refinamento da pesquisa procurando apenas trabalhos entre os anos de 2000 e 2008. Foram seleccionados os que se ajustavam ao tema da maternidade associado à anorexia ou bulimia. Devido ao número reduzido de estudos encontrados sobre o tema quase todos os trabalhos foram aproveitados, excluindo apenas os anteriores ao ano de 1991, ou aqueles que se referiam à anorexia e bulimia em adolescentes, uma vez que esta revisão pretende abranger mulheres adultas, a partir dos 20 anos.

ANOREXIA E BULIMA: PREVALÊNCIA E DIAGNÓSTICO

As doenças do comportamento alimentar constituem um importante e grave problema de saúde pública. Segundo a classificação do DSM-IV-TR (Frances & Ross, 2004), as perturbações do comportamento alimentar podem organizar-se em três classes: anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação.

A anorexia nervosa afecta um número significativo de adolescentes dos países ocidentais, na sua maioria do sexo feminino, ocorrendo do mesmo modo noutras regiões em diferentes contextos culturais e caracteriza-se pela recusa em manter o peso corporal minimamente normal para a idade e altura. Quem sofre de anorexia nervosa vive uma

angústia constante pelo medo de engordar ou por aumentar de peso, mesmo quando é visível um deteriorado estado de magreza e de fraqueza. A anorexia nervosa utiliza a restrição alimentar e o exercício físico excessivo como principais meios de perder peso, ainda que outros modos sejam também utilizados, entre eles, o recurso ao vômito, laxantes e uso abusivo de diuréticos, comprimidos de emagrecimento ou outros. Durante o curso da doença é comum surgirem problemas a nível endócrino, sendo o diagnóstico de amenorreia comum em doentes com anorexia nervosa. O medo de ganhar peso ou engordar é o fantasma constante das pacientes que sofrem desta doença, assim como a distorção da imagem corporal. Negando constantemente a seriedade desta perturbação, estas pacientes atribuem uma importância extrema ao peso e à forma corporal, assumindo estes factores como preponderantes para a sua auto-avaliação (Grant & Phillips, 2004).

Se na anorexia o doente evita a comida na bulimia verifica-se um ciclo de ingestão compulsiva de alimentos seguido de comportamentos compensatórios como a indução do vômito ou uso de laxantes (Ruiloba, 2002). A bulimia nervosa, de definição mais recente do que a anorexia, tem prevalência superior na sociedade dos nossos dias e pode existir num doente durante anos sem que o médico ou família se apercebam, assumindo uma forma silenciosa e muitas vezes imperceptível. Tal como a anorexia, a bulimia também se faz acompanhar por sentimentos negativos no que respeita à auto-avaliação, estando esta aqui também indevidamente associada ao peso e formas corporais. Indivíduos com bulimia nervosa afundam-se em dietas disfuncionais e rígidas. Os comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes procuram impedir o ganho ponderal. Deste modo, é frequente no tipo purgativo da bulimia o abuso de laxantes, recurso ao vômito, diuréticos, enemas ou outros medicamentos. O tipo não purgativo da bulimia caracteriza-se pelo recurso ao jejum ou prática de exercício físico excessivo (Frances & Ross, 2004). Ao contrário do que acontece com as pacientes que sofrem de anorexia nervosa, pacientes com bulimia podem manter o seu peso normal ou pouco abaixo do normal, podendo não atingir os índices de magreza extrema característicos da anorexia. Deste modo, a bulimia é uma perturbação do comportamento que passa facilmente despercebida, podendo existir em mulheres extremamente magras ou normais para a sua altura. Ainda que muitas vezes a anorexia e a bulimia sejam descritas de modo separado na literatura, a verdade é que por vezes coexistem numa mesma pessoa.

No terceiro grupo de perturbação do comportamento alimentar podemos encontrar as perturbações não específicas. Esta categoria inclui indivíduos que consomem uma grande quantidade de alimentos num determinado espaço de tempo, quantidade essa maior do que a maioria das pessoas poderia suportar para o mesmo intervalo de tempo, mas não adoptam

comportamentos compensatórios como na bulimia (Frances & Ross 2004).

As perturbações do comportamento alimentar reflectem a confluência de determinantes biológicos, socioculturais e psicológicos, seja na vulnerabilidade que as caracteriza, na predisposição para o seu desenvolvimento, nos factores precipitantes ou ainda nas condições que perpetuam a sua manutenção, uma vez já estabelecidas. No que respeita à anorexia nervosa, este pode ser um problema clínico difícil e intratável. Estudos demonstram que os índices de recuperação total da doença são baixos (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 1998).

Ainda que o peso saudável seja recuperado são muitas as mulheres que continuam a demonstrar preocupação com a sua alimentação e com o peso anos após o tratamento.

Ainda que possa parecer improvável pela forma como se apresentam ao mundo e pelo seu sucesso aparente, os pacientes com perturbações do comportamento alimentar sofrem de uma profunda sensação de inutilidade pessoal. O valor que deveriam dar aos feitos que alcançam, às suas capacidades e experiência são esquecidos, tal como acontece com o seu amor próprio. A baixa auto-estima destes pacientes inunda-os num sentimento de inutilidade, a mesma que já sentiam, muitas vezes, antes da doença aparecer (Duker & Slade, 2005). As emoções e os sentimentos, nos pacientes anorécticos ou bulímicos, são escarnecidas, negadas. Procurando a perfeição, nestes pacientes está sempre presente a necessidade de fazer melhor. A frustração exerce um papel desnecessário e o medo é sentido como errado e injustificado.

MATERNIDADE E IMAGEM CORPORAL

No pólo oposto à magreza extrema desejada e efectivamente alcançada por doentes com perturbações do comportamento alimentar verifica-se o aumento de peso inerente à gravidez e maternidade. A maternidade é um período único para cada mulher, caracterizado por um misto de sensações físicas e psíquicas, engloba um conjunto de mudanças corporais e hormonais e uma “confusão de apoios circundantes em mudança e expectativas culturais” inevitáveis (Colman & Colman, 1994, p.31). Espera-se que a mulher deseje e pense a criança, que se prepare para ela e que após o parto responda de forma altruísta às suas necessidades, marcando uma postura presente e sensível, dedicando-lhe o seu tempo e atenção. Segundo Brazleton e Cramer (citado por Leal, 2005), a maternidade tem a capacidade de reflectir toda a vida anterior ao momento da concepção, todas as vivências,

medos e ansiedades. Do mesmo modo Coleman e Coleman (1994) caracterizam este período como a fase de maior transição para a mulher. É um período de grande carga psicológica onde tudo é vivido intensamente, requerendo os melhores mecanismos de adaptação que a mulher possa ter.

A imagem corporal de uma mulher grávida torna-se um problema para a mesma no momento em que a sociedade começa a colocar um alto valor no corpo magro, contrariamente ao valor que atribui aos cuidados maternos. Deste modo, não será de estranhar que as mulheres, na procura do corpo perfeito, desvalorizem o seu corpo maternal uma vez que é menos aceite da maior parte das culturas (Patel et al., 2005).

O período da maternidade pode ser complicado para a mulher quando um padrão de magreza extrema está presente. No entanto, é de notar que mulheres com um peso normal antes da gravidez relatam uma imagem corporal mais negativa durante o período de gestação do que mulheres que teriam um peso elevado antes da gravidez. Estas últimas por sua vez, relatam a imagem corporal e todas as alterações como algo mais positivo. No entanto, parece que o ideal de corpo magro idealizado não é abandonado durante a gravidez, sendo visível em mulheres de diferentes culturas a preocupação de engordar nesta fase das suas vidas (Fox & Yamaguchi, 1997 citado por Chang, Chao & Kenney, 2006). A satisfação com a imagem corporal durante a gravidez não reflecte somente uma avaliação a nível da beleza e aparência da mulher mas também, e tão mais importante, do seu bem estar psicológico e físico. Verifica-se que mulheres grávidas que relatam mais sintomas de depressão têm níveis de satisfação corporal mais baixos, enquanto mulheres mais satisfeitas com a sua imagem corporal durante a gravidez demonstram menos sintomas negativos e, principalmente, menos raiva do que as primeiras. Uma pior imagem corporal durante o terceiro trimestre de gravidez parece estar associada a uma ligação materno-fetal mais pobre e mais dificuldades em lidar com a criança (Huang, Wang & Chen, 2004).

A experiência da maternidade e a relação com o bebé recém nascido é, para muitas mulheres, caracterizada como estranha e ambígua. Para muitas é mesmo complicado conceber a ideia de que dentro delas está um ser, o seu bebé, e a noção de um corpo (o seu) produzir outro pode ser algo difícil de acreditar e aceitar prontamente (Schmied & Lupton, 2001).

Segundo Lai, Tang e Tse (2005), mulheres que estejam fortemente ligadas ao feto, que desejem a criança ou que estejam em situação de uma gravidez planeada conseguem mais facilmente adaptar-se às alterações corporais, adequando também práticas alimentares mais saudáveis de modo a propiciar também uma melhor alimentação ao feto. Neste

âmbito, será possível afirmar que uma forte ligação materno-fetal estará negativamente relacionada com perturbações do comportamento alimentar. O mesmo estudo aponta ainda para o facto de uma relação positiva entre mãe e bebé incluir o ganho de peso suficiente na gravidez e a adopção de práticas alimentares saudáveis, sem recurso a dietas demasiado restritivas.

Estudos levados a cabo na área da obstetrícia demonstram que mulheres com uma imagem corporal positiva anterior à gravidez tendem a ser mais positivas face às alterações corporais durante a gestação e o pós parto (Newton & Chizawsky, 2006). Segundo Muller (1996), a imagem corporal da mulher e a sua atitude face à experiência da maternidade podem ser variáveis preditoras da ligação materno-fetal e da habilidade adaptativa durante o pós parto. Deste modo, verifica-se que mulheres com uma imagem corporal mais positiva,

com relações positivas com o feto, tendem a escolher a amamentação em vez de recorrerem ao uso do biberão quando a criança nasce, proporcionando deste modo um contacto mais próximo para a criança e em tudo mais enriquecedor para a relação entre ambos (Foster, Slade & Wilson, 1996). Também no que diz respeito à escolha da amamentação ou ao uso do biberão constata-se que as mulheres que apresentam níveis mais elevados de ajustamento materno-fetal e mais satisfeitas com o seu corpo tendem a escolher a amamentação comparativamente com mulheres que demonstram níveis de ajustamento à criança mais baixos. Ainda que estejam cientes dos benefícios que a amamentação proporciona ao bebé, algumas mães relatam problemas em manter este tipo de alimentação devido às influências negativas que o mesmo implica (Larsson & Andersson, 2003; Waugh & Bulik, 1999; Patel et. al, 2005).

Na mesma linha do estudo de Huang, Wang & Chen (2004), pensa-se que mulheres com uma imagem corporal positiva durante a gravidez tendem a ter uma atitude também mais positiva para com o feto, o que poderá ser indicador de que a imagem corporal e a atitude relativamente à gravidez e ao feto podem ser preditoras de melhores relações e melhor adaptação durante a gestação e pós parto.

MATERNIDADE E ANOREXIA/BULIMIA

Vários são os estudos que abordam as consequências que uma gravidez de risco acarreta para o bebé, no entanto, ainda raros são os que cruzam as consequências das perturbações do comportamento alimentar neste grupo de mulheres.

Se no passado se acreditava que a gravidez em mulheres com perturbações do comportamento alimentar só aconteceria em casos raros, principalmente em mulheres com anorexia nervosa devido à existência de problemas endocrinológicos, psicológicos e psicossociológicos, hoje sabe-se que nem em todos os casos a fertilidade está afectada (Bulik, Sullivan & Fear, 1999). Segundo Key, Masson & Bolton (2000), em pacientes com bulimia nervosa, ainda que os índices de gravidez sejam mais elevados do que na anorexia nervosa, os níveis de ausência materna encontram-se ao mesmo nível, isto é, são duas vezes inferiores aos observados em mães sem estas patologias.

Lemberg & Phillips (1989) afirmam que mulheres que já passaram por experiências de perturbações do comportamento alimentar temem perder o controle sobre o peso ganho, sendo esta uma variável que provoca grande ansiedade durante o período de gestação. Elevados níveis de stress e de ansiedade, por seu turno, afectam o normal curso da gravidez e desenvolvimento do feto (Maldonado-Durán, Lartigue & Feintuch, 2000).

O medo da infertilidade motiva algumas mulheres com perturbações do comportamento alimentar a procurar ajuda e tratamento. O desejo de ter um filho pode muitas vezes ser encorajador para que estas mulheres recuperem o peso normal, a menstruação e deixem as dietas alimentares que seguiram durante anos, recuperando a sua fertilidade ao nível anterior à doença (Key, Masson & Bolton, 2000). É de referir a forte ligação entre a vinculação materno-fetal e práticas de alimentação saudável durante a gravidez. Deste modo, contacta-se que quanto maior é a vinculação que a mulher cria com o feto durante a gestação, maior vai ser o seu empenho em adoptar práticas saudáveis de modo a promover um desenvolvimento saudável para o bebé. O mesmo será dizer que uma forte ligação materno-fetal estará negativamente correlacionada com perturbações do comportamento alimentar (Lai, Tang & Tse, 2005).

Patel et al. (2005) referem a importância da gravidez e do parto na vida da mulher, apontando-os como importantes experiências para todas elas. No entanto, e no seguimento do seu pensamento, a maternidade é também momento de drásticas alterações corporais o que pode influenciar o modo como a mulher se vê e até como se relaciona com o outro. Caso a identidade da mulher esteja fortemente ligada à sua imagem corporal anterior à gravidez, ao desejo de alcançar a magreza e o corpo perfeito, o processo de adaptação à nova vida, rotinas e hábitos poderá ser dificultada. O estudo desenvolvido pelos autores refere que depois do nascimento da criança estas mães, centradas num ideal ou no seu corpo anterior à gravidez, tendem a resumir as suas atenções em volta dos seus objectivos próprios, deixando para segundo plano as relações familiares, de amizade, o trabalho ou

mesmo a relação com o bebê. A experiência da gravidez, para além de transformar física e psicologicamente a mulher tem também influência nas relações, tanto a nível do casal como familiares ou de amigos. Muitas mulheres deixam de trabalhar para ficar em casa até a criança nascer. É frequente as rotinas serem quebradas, o sono ser interrompido e as horas das refeições serem mais complicadas do que se esperaria. Pode acontecer uma quebra de energia ou liberdade. Do mesmo modo, as mães afundam-se muitas vezes nas horas das refeições das crianças, deixando as suas para segundo plano (Patel et al., 2002).

Bulik, Gieleghm & Mittelstaedt (2002), num estudo elaborado em torno de cuidados maternos, demonstraram que mães com perturbações do comportamento alimentar, embora diminuam o tipo de comportamento disruptivo durante a gravidez, acabam, após o parto, por retomá-lo. A gravidez e o nascimento da criança podem funcionar como estímulos para que a mulher continue (ou retome, no caso de os ter abandonado) os hábitos característicos da anorexia ou bulimia. A interação com o bebê e o tratar, cuidar do mesmo tornam-se, em casos de mães com perturbações do comportamento alimentar, complicados, sendo também verificada uma menor frequência destes comportamentos nestas mães do que em mães sem qualquer tipo de problema a nível do comportamento alimentar. Num estudo elaborado em torno das atitudes de doentes bulímicas face à maternidade concluiu-se que as doentes travam uma verdadeira luta contra o peso durante a gravidez. O esforço para tentar reduzir os comportamentos característicos da doença

durante a gravidez tem em vista apenas o bem estar da criança, sendo quase sempre, tal como acontece em pacientes com anorexia, retomados após o parto (Ramchandani & Whedon, 1988).

Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale, Aggen e Bulik (2006) acrescentam o perfeccionismo às características das mulheres com historial de perturbações do comportamento alimentar. Segundo os autores, o perfeccionismo torna-se evidente nestas mulheres quando sofrem de bulimia ou anorexia, mantendo-se ainda naquelas que já ultrapassaram a doença. Os comportamentos destas mulheres estão então mais ligados ao perfeccionismo do que ao controle. Ainda no estudo dos mesmos autores lança-se o alerta para a importância do conhecimento das histórias de perturbação do comportamento alimentar da mulher quando esta engravida, uma vez que se encontram em risco particular de desenvolver uma depressão durante a gestação ou após o parto. Este risco será tão mais elevado quanto maior foi o perfeccionismo da mulher que, como foi dito anteriormente, tende a persistir como um traço de personalidade mesmo quando a mulher já está livre

deste tipo de perturbação.

A obsessão pela magreza, associada muitas vezes a outras desordens afectivas (como a depressão), é muitas vezes a verdadeira responsável pelas dificuldades de interacção com o bebé, sendo a amamentação uma das principais dificuldades apontadas (Fairburn & Stein, 1989). Na mesma linha de pensamento constata-se que estas mulheres tendem a negligenciar os cuidados do bebé, afastando-se afectivamente dele, seja devido à perturbação alimentar em si ou às alterações cognitivas e de humor que derivam da desnutrição (Garrow, 1976 citado por Daker, Miranda, Nery & Teixeira, 2002). Este aspecto é reforçado por Patel et al., (2005) que afirmam que esta centralização na imagem corporal transforma o período de pós parto numa vivência dolorosa, sendo a aceitação do novo corpo e a superação dos sentimentos de negação pontos de partida para que se desenvolva um ajustamento favorável e uma resolução dos conflitos. Por vezes esta imagem corporal criada pela mulher grávida é distorcida e irreal. Deste modo, é comum que estas mulheres desenvolvam uma distorção da imagem corporal, a mesma experimentada na anorexia ou bulimia, podendo este factor despoletar as práticas associadas às mesmas (Pearlstein, 2002).

A ansiedade experimentada por estas mulheres durante a gestação é também uma variável importante que poderá levar a um ajustamento menos positivo ao bebé (Davids, Gray & Holden, 1963). Por todas estas variáveis é importante que todas as mulheres recebam apoio prenatal, não só as que sofrem de perturbações do comportamento alimentar durante a gestação mas também as que viveram essa experiência antes da gravidez de modo a evitar que tais sintomas sejam retomados (Franco & Spurrell, 2000).

RELAÇÃO MATERNA COM A CRIANÇA

As refeições

Quando nos referimos a maternidade referimo-nos invariavelmente a uma relação que se inicia entre a mãe e a criança mesmo antes do nascimento desta última. A relação com a criança passa desde logo pelo contacto físico e corporal com a mãe, o próprio amamentar é um período único para cada mulher, embuído de afecto. O alimentar a criança e as horas das refeições são importantes pois ocupam uma parte considerável do dia de uma mãe durante

os primeiros meses da criança. Alimentar uma criança é uma das funções parentais mais difíceis pois exige paciência e dedicação e principalmente comunicação entre mãe e bebê (Patel et al., 2002). A refeição pode ser, para muitos pais, uma prova que exige perseverança. Para mulheres com historial de perturbações do comportamento alimentar esta não será certamente a tarefa mais fácil, podendo mesmo ser bastante dolorosa e desconfortável. Normalmente verifica-se nestas mulheres uma preocupação extrema assim como uma alimentação muito controlada, tanto nos alimentos, como nas calorias, sentindo-se desconfortáveis por comer ao pé de outras pessoas e até da própria criança. No estudo levado a cabo por Patel et al. (2002) constatou-se que para as mães com perturbações do comportamento alimentar as horas das refeições eram mais conflituosas, apresentando as crianças um semblante menos alegre. A atmosfera entre mãe e bebê na hora das refeições seria então sentida como mais fria e tensa quando a mãe sofria de anorexia ou bulimia. Também no mesmo estudo comprovou-se que mulheres que sofreram no passado de anorexia ou bulimia ou que ainda não superaram a doença tendem a cozinhar menos ou a comer menos vezes com os seus filhos de 1 a 4 anos. Estas mães demonstraram no estudo ser menos capazes e mostrar afectos positivos (comparativamente a mães sem este tipo de problemática), descrevendo as horas das refeições como algo complicado pois para além de não demonstrarem qualquer sentimento positivo relativamente à interacção, depreciavam a comida e o seu sabor. Os autores esclarecem que tal afastamento pode estar relacionado com o facto destas mulheres evocarem as suas experiências mais dolorosas aquando da alimentação das crianças, podendo até o odor da comida ser desagradável ou insuportável.

A dificuldade de lidar com a comida pode levar estas mães a ter dificuldade até em ter comida em casa ou em adquiri-la para os seus filhos. Retomando ainda a amamentação em idades inferiores, Patel et al. (2005) relatam o caso de mães que ainda não recuperaram totalmente da anorexia nervosa realçando a ansiedade que as mesmas demonstram em deixar de amamentar para poderem retomar as suas dietas. Em alguns casos pode verificar-se uma tendência para controlar os hábitos alimentares dos familiares e das crianças. Não será difícil perceber que, nestas díades, a alimentação torna-se uma tarefa penosa em vez de satisfatória e enriquecedora para aproximar mãe e criança.

Função Parental

Segundo tem sido analisado ao longo dos anos, a existência de perturbações do

comportamento alimentar durante a maternidade (e ainda durante a gravidez) é um factor de risco para as crianças não apenas devido às influências a nível genético mas também no modo como se vai estabelecer a relação. A relação mãe-bebé poderá ter problemas ao nível da alimentação, peso, forma corporal e deste modo perturbar o normal crescimento da criança. Caso a mãe não se alimente devidamente durante a maternidade ou não consiga alimentar o bebé, este poderá nunca retirar prazer dos alimentos, momento das refeições e interacções que lhe estão inerentes.

Tal como na adolescência (período em que ocorrem grandes mudanças corporais), a maternidade é também marcada por grandes alterações. É importante que estas alterações (corporais, familiares, sociais) sejam organizadas de modo a que a mulher se encontre nesta sua nova identidade, a de mãe, para que se organize cognitivamente e emocionalmente para desempenhar as funções que lhe são exigidas, de modo a desenvolver uma relação positiva com o seu bebé (Patel et al., 2005).

O âmago das crenças negativas relacionadas com a experiência da maternidade em mulheres com passado ou presente marcado por perturbações do comportamento alimentar parece estar relacionado com uma maior ansiedade e menor capacidade de resolver pequenos conflitos relacionados, muitas vezes, com a alimentação da criança. Na mesma linha, crê-se também que o desajustamento e as crenças menos positivas podem estar associadas a uma auto-estima diminuída que se poderá relacionar com interacções durante a alimentação, caracterizadas por menores índices de vocalização, sensibilidade, contacto físico e afecto pela mãe, assim como com menor confiança e segurança no papel de mãe (Abraham, Taylor & Conti, 2001). Também Park, Sénior & Stein (2003) referem que uma maior focagem na imagem corporal durante a maternidade e uma não aceitação do novo corpo poderá levar a relações adversas no seio familiar, podendo a criança ser sentida pela mãe como a causa da sua alteração corporal.

A interferência da sintomatologia associada à anorexia ou bulimia é apontada, pelas mães que vivenciaram um destes tipos de perturbações do comportamento alimentar, como intrusiva uma vez que as impede ou incapacita de responder e ir ao encontro das necessidades das crianças. Estas mulheres apontam a preocupação excessiva com as refeições e o exercício físico excessivo como os seus principais interesses, consumindo-lhes tempo considerável e impossibilitando actividades familiares (Bulik, Gerke, Mazzeo, Mitchell & Zucker, 2005).

A experiência de perturbações do comportamento alimentar (passada ou actual) é

sempre um factor de risco na maternidade, no entanto, por vezes os sintomas destas doenças acabam por desaparecer ou diminuir por receio de prejudicar o bebé ou até mesmo de perdê-lo. Deste modo, para além da maternidade ser um motivo suficientemente válido para abandonar as práticas alimentares restritivas e regressar a uma alimentação saudável e equilibrada, o desejo de cuidar do bebé leva à adopção de práticas de parentalidade adequadas. Os temas que emergem das descrições destas mães relativamente às suas experiências de transição da gravidez para a maternidade podem ser entendidas como uma verdadeira reorganização da identidade a vários níveis. As áreas mais afectadas pelas mulheres são a perda do self anterior à gravidez, transição de vida, relação com a criança no momento das refeições, novas relações com os membros da família e novos relacionamentos e posição na sociedade (Patel et al., 2005).

No que respeita à influência das perturbações do comportamento alimentar na função parental pensa-se que poderá ter influencia tanto no comportamento da criança como no seu crescimento, refeições e alimentação. Stein et al. (1994, citado por Patel et al., 2002) afirma que mães com perturbações do comportamento alimentar são verbalmente mais controladoras e intrusivas e menos facilitadoras com os seus filhos de 1 ano de idade tanto nas suas brincadeiras como durante as refeições. A expressão negativa expressa por estas mães durante as refeições não foi no entanto verificada durante a hora do jogo. A diferença na função parental destas mães com perturbações do comportamento alimentar (actual ou passada) contrasta com a das mães “normais” na medida em que as primeiras mostram maior medo no que toca à educação dos filhos e na sua função parental. Lacey e Smith (1987) concluíram que quando as mães estão demasiadamente preocupadas com o seu emagrecimento e, nomeadamente, em provocar o vómito, tendem a ignorar os seus filhos mais facilmente do que as que não estão preocupadas com estes aspectos.

Ainda que as mulheres com perturbações do comportamento alimentar tendam a julgar constantemente o seu corpo e peso, acreditando que estão sempre mais gordas do que deveriam, mostrando um grande desejo por emagrecer, a realidade é que comparadas com mães sem este tipo de problemas, e contrariamente ao que se poderia pensar, não desejam crianças mais magras nem percebem os seus bebés como constantemente gordos. Na realidade estas mulheres são extremamente sensíveis ao corpo das suas crianças, procurando que sejam saudáveis e que tenham o peso adequado para a idade (Patel et al., 2002).

As mulheres com passado ou presente marcado por experiências de perturbação do

comportamento alimentar afirmam que a mudança corporal e alimentar consequentes da maternidade influenciaram as suas relações de um modo negativo. Na mesma linha, mães que se encontravam em recuperação de uma perturbação do comportamento alimentar durante a maternidade sentem o mundo como mais hostil e crítico relativamente ao seu novo self maternal. Uma maior focagem na imagem corporal após a maternidade e uma não aceitação do novo corpo poderá levar a relações adversas no seio familiar, exercendo este factor também influência no desenvolvimento da criança e a nível da função parental exercida, levando possivelmente a um maior afastamento (físico e psicológico) da criança (Park, Sénior & Stein, 2003).

O esforço para reconhecer a anorexia ou bulimia como doença são o ponto de partida para a superar. Segundo Gielegem, Mittelstaedt e Bulik (2002) é importante dar atenção aos cuidados pré-natais nestas mulheres com algum tipo de perturbação do comportamento alimentar na medida em que tal apoio poderá ser a chave para oferecer o envolvimento crucial para um desenvolvimento da gestação e progresso desenvolvimento da criança mais positivo. Um meio útil para ajudar mulheres vulneráveis a este tipo de problemas passaria precisamente pela oferta de “educação” aquando do período de gestação de modo a que pudessem receber informação real relativamente às alterações corporais durante e após o parto, assim como expectativas reais de reaver o corpo que tinham antes de engravidar. Neste período de mudança parece que, para além do acompanhamento psicoterapêutico, seria também importante que a mulher se sentisse apoiada pelo companheiro e família.

Winnicott (1991) sugere que usualmente as mães sentem o bebé como uma extensão de si mesmas e por vezes como separados delas, alternando entre estes dois estados de espírito, sendo este balançar crucial para o desenvolvimento mútuo e experiência de individualismo. Verifica-se ainda que as mães que apresentavam maiores preocupações com o corpo e com as alterações causadas pela gravidez descreviam a dependência que o bebé tinha delas como desconfortável, afirmando até que precisavam de mais espaço e tempo para si mesmas, expondo de certo modo as crianças a uma certa vulnerabilidade na sua ausência (Maldonado-Durán, Lartigue & Feintuch, 2000).

CONCLUSÃO

Muito se conhece sobre a anorexia e sobre a bulimia, nomeadamente sobre os seus efeitos, incidência na população (principalmente jovem e feminina), sobre as suas manifestações e consequências a nível físico e psicológico, no entanto, os trabalhos sobre este tipo de perturbações relacionados com a experiência da maternidade é ainda muito vago. A necessidade de um maior conhecimento das vivências afectivas e emocionais durante a maternidade destas mães com um passado sofrido e centrado no aspecto corporal, assim como as suas principais características a nível de atitudes, torna-se urgente tanto pela falta de estudos que se debrucem sobre o tema como pelo crescimento de casos de anorexia ou bulimia nos últimos anos (Hodes, Robinson & Timimi, 1997).

No que respeita a publicações ou estudos levados a cabo sobre esta temática muito pouco ainda foi feito. Crê-se que os estudos existentes se debruçam demasiado sobre o impacto da anorexia ou bulimia para a mulher quando esta engravida mas, no entanto, muito pouco se conhece dos efeitos que este tipo de perturbações tem para a criança, para o seu desenvolvimento e para a relação mãe-filho e este facto parece estar relacionado com o pouco conhecimento que os profissionais da saúde têm sobre as consequências que o passado destas mães pode assumir no desenvolvimento das crianças (Berg & Hodes, 1997). Por outro lado, os estudos ou investigações deveriam também abranger uma classe etária das crianças mais elevada, uma vez que é necessário ir mais além do que o próprio momento do parto, há que conhecer e perceber como se estruturam estas crianças, qual o tipo de relação que constroem com estas mães e com os outros pares. Os estudos analisados concluem que, para muitas mulheres que sofreram de algum tipo de perturbação do comportamento alimentar, a maternidade é um período de remissão dos sintomas. No entanto, para muitas delas os sintomas regressam após o parto, mesmo naquelas que não apresentavam quaisquer sintomas há anos, tornando-se estas mais vulneráveis, prejudicando muitas vezes a relação com o bebé, tanto a nível das tarefas como da interacção propriamente dita devido especialmente a uma alteração do humor, maior irritabilidade e ansiedade que estas tarefas lhes provocam (Bulik, Gerke, Mazzeo, Mitchell & Zucker, 2005). Mais do que a aplicação de testes ou questionários estruturados (como tem sido feito) seria importante ter acesso às vivências reais destas mulheres, perceber quais os sentimentos associados à maternidade, qual a relação estabelecida com a criança e como lidaram com a transição para a parentalidade.

As relações sociais estabelecidas por mulheres que sofreram de perturbações do comportamento alimentar, assim como os efeitos médicos e psicológicos na maternidade, são um ponto importante a abordar e que merece um conhecimento mais aprofundado,

sendo importante alguma investigação (Corning, Krumm & Smitham, 2006). Acredita-se que o conhecimento prévio da existência destas perturbações é crucial para a prevenção de eventuais problemas de adaptação à maternidade e, do mesmo modo, ao exercício da parentalidade. Para o desenvolvimento de uma maternidade saudável e sem medos seria importante confiar ao médico obstetra eventuais experiências de perturbações do comportamento alimentar anteriores à maternidade, ainda que se pensem já ultrapassadas (Newton & Chizawsky, 2006).

Pretende-se contribuir para o avanço do conhecimento científico percebendo eventuais padrões de desajustamento, apontando a necessidade e importância de um acompanhamento especial e precoce ao longo das consultas de obstetrícia, tendo em conta todo o historial anterior da mulher. Procura-se um avanço e aprofundamento dos trabalhos até aqui realizados, propondo um conhecimento mais qualitativo e não tão estatístico ou meramente comparativo como aquele que tem vindo a ser realizado (por exemplo, sobre as diferenças existentes entre uma maternidade normal e de risco, como é a destas mulheres). O estudo das dificuldades e consequências associadas a uma gravidez numa doente que sofra de anorexia ou bulimia é algo que, ainda que necessário, se demonstra limitativo, uma vez que é também urgente conhecerem-se as relações e sentimentos que se desenvolvem após o nascimento da criança e que terão, inevitavelmente, consequências no desenvolvimento da mesma. No mesmo sentido, será importante encontrar uma justificação para as diferenças estatisticamente relevantes encontradas em relação ao número de mães que amamentam ou não os seus bebés, sendo a amamentação um dos comportamentos mais importantes durante a maternidade, uma vez que reforça a ligação entre mãe e bebé, para além de todos os benefícios que o leite materno propicia (Andersson-Ellstrom & Larsson, 2003).

A presente revisão assume-se limitada pela relativa falta de estudos substanciais e controlados. Os trabalhos realizados são, na sua maioria estudos de caso, o que possibilita ainda muito trabalho ser feito (Franco & Walton, 1993). Seria interessante, em estudos futuros, aprofundar-se o conhecimento dos efeitos provocados nas crianças (a nível do seu comportamento e atitudes), uma vez que se pensa que o confronto das mesmas com algum tipo destas perturbações nas mães poderá levar à adopção de tarefas mais adultas incluindo o conforto das mães e o controle das suas dietas (Bulik et al., 2005).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ideia do que é o feminino e o materno tem sido discutido ao longo dos anos. Do mesmo modo, também a parentalidade, tem sido alvo de maior atenção e interesse nos últimos anos, procurando cada vez mais pensar o modo como a mesma é exercida e em que condições e relações crescem e se desenvolvem as crianças. Neste âmbito, muitos têm sido os estudos que se debruçam sobre famílias disfuncionais em que um ou ambos os membros colocam em risco o crescimento e desenvolvimento das crianças, procurando disponibilizar-lhes um ambiente mais harmonioso e propício à sua construção enquanto seres humanos.

A parentalidade engloba todas as práticas, relações, rotinas e hábitos de cada família. É o modo como cada pai/mãe se relaciona com os seus filhos, os valores e educação que lhes inculcem e o modo como se constroem enquanto família. A transição para a parentalidade nem sempre é um processo de fácil adaptação ou aceitação. Cada vez mais é sentido o afastamento do clássico ideal de mãe a que se assistia noutros tempos, caracterizada pela produção de uma extensa prole e quantidade de afecto implicado na relação com os filhos, sendo as funções punitivas assumidamente desempenhadas pelo pai. O exercício comportamental da parentalidade é hoje diferente, não apenas pelo posicionamento da mulher na sociedade como pelas prioridades e interesses a que a mesma tem vindo a dar cada vez mais atenção. O desenvolvimento equilibrado da criança depende, largamente, do comportamento parental, isto é, das estratégias de coping e respostas que os pais vão apresentar às necessidades específicas da criança e das intervenções que dirigem a estes. O desenvolvimento da criança será tão mais positivo quanto mais sensíveis forem os pais nas respostas que apresentam para as suas necessidades. Pires (1990), refere que uma das razões que mais aparece relacionada com uma menor sensibilidade por parte das mães é a falta de planeamento. O planeamento, por sua vez, aparece relacionado com a personalidade de cada mulher.

A transição para a parentalidade leva a mudanças substanciais na vida dos indivíduos. A primeira gravidez e parto afectam o casal em grande medida, a nível pessoal, familiar e social, dando-lhes um novo estatuto. É o início de uma nova fase do ciclo vital da família, que envolve reformulações e reconceptualizações a um nível cognitivo, biológico, social e afectivo (Oliveira, 2002). O subsistema parental necessita diferenciar-se para satisfazer as exigências da criança sem perder o apoio mútuo que deve caracterizar este sistema. De um modo mais

específico, entre as mulheres, as maiores mudanças são ao nível fisiológico, da aparência e do corpo, e ao nível das relações sociais, são a exigências dos papéis, a estrutura de vida, e por outro lado, leva a uma maior necessidade de reorientação, em termos de pensamento e motivação (Antonucci & Mikus; Belsky, citados por Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmäki, 2000).

Baseando-se num longo processo de aprendizagem, a maternidade inicia-se na remota infância, através da observação e do jogo, imitativo e simbólico. A mulher depende do recurso à sua experiência enquanto filha, com a sua própria mãe, uma vez que a menina tem cada vez menos acesso ao contacto com bebés e crianças pequenas. Referimo-nos a más práticas parentais quando, no seio de uma família, a criança está em sofrimento ou em risco, quando as suas necessidades não são supridas ou quando são negligenciados ou abandonados (seja física ou emocionalmente).

Vários têm sido os autores que se têm debruçado sobre o estudo da interacção mãe-criança, no entanto, poucos ainda são os estudos que cruzam esta interacção com uma das problemáticas que mais tem crescido ao longo dos anos entre jovens e adultos do sexo feminino: as perturbações do comportamento alimentar. A investigação nesta área parece incidir apenas nas atitudes e relações entre mãe e criança apenas nos primeiros meses após o parto, podendo até aqui ocorrer alguma confusão com casos de depressão pós parto, sendo por este motivo interessante avaliar como se estruturam as mesmas ao longo do crescimento da criança. Stein et al. (1994, citado por Patel et al., 2002) referem que estas mulheres, que em alguma altura estiveram extremamente centradas na sua imagem corporal, tendem a ser verbalmente mais controladoras e intrusivas e menos facilitadoras com os seus filhos, verificando-se o mesmo tipo de comportamento durante as refeições. Neste âmbito, seria importante preencher algumas lacunas que conseguimos encontrar neste estudos, tais como verificar qual o tipo de função parental que é exercida por estas mães, quais as perspectivas e sonhos que têm para as crianças e perceber qual a origem desta alteração de comportamento.

As conclusões a que os estudos relativos a esta temática têm chegado dão conta de uma influência negativa exercida pela maternidade em relação às alterações corporais. Os sentimentos associados por estas mulheres parecem estar associados a sentimentos depressivos e labilidade emocional. No mesmo sentido, verifica-se que as mulheres que ainda se encontravam em recuperação de uma anorexia ou bulimia durante a maternidade tendem a sentir o mundo como mais hostil e crítico relativamente ao seu self maternal. Park, Sénior & Stein (2003) referem ainda que uma focagem desequilibrada na imagem corporal após a maternidade e uma não aceitação do novo corpo poderá levar a relações adversas no

seio familiar, podendo a mesma afectar o desenvolvimento da criança e a qualidade da função parental exercida, levando possivelmente a um maior afastamento (físico e psicológico) da criança.

As divergências e lacunas encontradas nos estudos que têm sido realizados levam-nos a pensar que muito ainda há a fazer. Crê-se ainda que a falta de estudos nesta área possa estar relacionada com o número reduzido de doentes com anorexia ou bulimia que engravidam. No entanto, o interesse em torno desta temática é justificado pelo crescente número de casos que se prolonga até à idade adulta ou que, ainda que se pense controlado, parece mostrar os seus efeitos durante a maternidade. Deste modo, parece-nos urgente avaliar a incidência e consequências que a anorexia ou bulimia podem acarretar para a relação mãe-bebé e o futuro desenvolvimento deste último, já que interfere no funcionamento adequado da mãe face ao mundo que a rodeia e com a criança.

É interessante avaliar de que modo uma mulher que sofreu de anorexia ou bulimia vive e pensa a maternidade, qual a relação que estabelece com a criança, isto é, de que modo se constrói a parentalidade. Segundo Lacey e Smith (1987, citado por Patel, Wheatcroft, Park & Stein, 2002) a maior parte das mulheres com sintomas de bulimia nervosa anterior à maternidade, ainda aquelas que pensam já ter recuperado da doença, retomam-nos após o parto. Também Lee, Wheatcroft, Barnes e Stein (2005) referem que os sentimentos associados pelas mulheres com anorexia ou bulimia durante a maternidade se assemelham bastante aos das mudanças no seu corpo que ocorreram durante a puberdade, altura em que se iniciaram os problemas a nível da identidade e imagem corporal. Poderemos pensar que, tal como é hábito acontecer quando uma mulher sofre destas perturbações, também esta preocupação com as alterações corporais poderá levar a um afastamento dos familiares e, após o parto, a um afastamento efectivo da criança.

A pertinência deste estudo prende-se com a necessidade de um maior conhecimento das vivências afectivas e emocionais, durante a maternidade, destas mães com um passado sofrido e centrado no aspecto corporal assim como as principais características a nível de atitudes e parentalidade, uma vez que é um tema pouco estudado (Hodes, Robinson & Timimi, 1997). O conhecimento das relações sociais estabelecidas por estas mães, assim como os efeitos médicos e psicológicos durante a maternidade são um ponto importante a abordar de modo a possibilitar o tratamento de eventuais divergências (Corning, Krumm & Smitham, 2006).

O objectivo central deste trabalho prende-se com o estudo dos comportamentos e atitudes a nível da parentalidade que se verificam quando uma mulher, que sofreu de anorexia ou bulimia, tem uma criança. Procura-se, neste âmbito, construir um modelo teórico,

através da metodologia qualitativa, com o intuito de se aprender de uma forma mais aprofundada e enraizada aquilo que se passa e a relação que se estabelece entre estas mulheres e os filhos.

MÉTODO

Participantes

As participantes deste estudo foram 4 mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos e os filhos entre 1 e 12 anos de idade (entrevistas de 1 a 4 – Anexo A). Das quatro mulheres entrevistadas, 3 eram primíparas e uma tinha dois filhos. Todas as mulheres tinham sofrido de anorexia ou bulimia durante a adolescência, sendo que uma delas ainda apresentava alguns sintomas, sendo a única a referir que a maternidade não foi planeada nem desejada. Todas as restantes mulheres desejaram a maternidade ainda que nenhuma das quatro tenha programado a gravidez na altura em que esta ocorreu.

A primeira entrevista foi realizada a uma mulher de 35 anos, a Luísa, mãe de uma menina de 7 anos. A Luísa sofreu de Bulimia dos 21 aos 27 anos. A sua única filha nasceu quando esta estava prestes a fazer 28 anos, ou seja, um ano após estar recuperada da doença. A gravidez foi desejada e planeada. Actualmente a Luísa vive sozinha com a filha e esta parece ser, segundo ela, a sua maior companhia.

A segunda entrevista realizada foi com a Ana Maria, de 25 anos de idade. A Ana Maria é mãe de uma menina de 1 ano de idade. A Ana Maria sofreu de Bulimia desde os seus 17 anos, apresentando-se controlada e em remissão a partir dos 21 anos.

Inês, de 29 anos de idade, foi a terceira entrevistada. A Inês começou por desenvolver uma Anorexia aos 15 anos de idade e, por volta dos 20, começou a adoptar alguns comportamentos característicos da Bulimia, ainda que a Anorexia tenha sempre prevalecido. A Inês é mãe de um menino com um ano e meio de idade. A recuperação da doença aconteceu apenas após o nascimento da criança (cerca de 6 meses), ainda que durante a gravidez tenha tido alguns cuidados.

A última entrevista foi com a Catarina. A Catarina tem 36 anos, é casada e mãe de um rapaz de 12 anos e de uma menina de 9. A Catarina sofreu de Anorexia quando tinha 17

anos. Teve o seu primeiro filho aos 24 anos, quando a doença estava em remissão há cerca de 2 anos.

Procedimento

As entrevistas foram efectuadas no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, ou em casa das entrevistadas. Num primeiro contacto (telefónico) com as participantes foi explicado sucintamente qual o objectivo do estudo. Nas entrevistas com as mães era novamente explicado o propósito do estudo e reforçada a importância da sua participação na compreensão da problemática em causa. Foram de igual modo garantidos o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida e foi pedida permissão para gravar as entrevistas.

A entrevista semi-estruturada iniciava-se com uma questão inicial: “Como é que tem vivido e sentido a maternidade?”. O principal objectivo destas entrevistas era compreender como é que as mães que sofreram com perturbações do comportamento alimentar (anorexia ou bulimia) antes da maternidade, se sentiram enquanto mães, como lidaram com as alterações corporais, quais as maiores dificuldades sentidas e como as conseguiram ultrapassar, com o intuito de perceber como é sentida a criança no quadro de uma perturbação que está susceptível de levar a um afastamento emocional e mesmo físico daqueles que rodeiam quem com ela sofre. Ao longo das várias entrevistas, foram surgindo novas questões que foram introduzidas nas entrevistas seguintes para se ter acesso a uma compreensão mais fidedigna desta realidade.

Análise dos Dados

Começaram por ser analisadas as entrevistas que foram transcritas na íntegra, de modo a poderem ser analisadas e codificadas de uma forma sistemática. Para tal foi utilizado o método “Grounded Theory” que pressupõe a codificação, a comparação constante e a emergência das categorias e suas relações. (Glaser, 1967) (Anexo D). Logo após a gravação de cada entrevista foram escritos alguns memorandos de modo a clarificar e apontar alguns aspectos a nível do pensamento que ficaram de emergiram de cada uma das entrevistas e, do mesmo modo, possibilitar a formulação de eventuais questões que poderiam ser pertinentes para as outras entrevistas. Após a transcrição das entrevistas procedeu-se a uma leitura pormenorizada linha a linha, escrevendo notas referentes às mesmas e atribuindo códigos aos incidentes que, após uma comparação entre si, viriam a constituir as diversas categorias (Anexo B). Estas categorias foram sistematicamente comparadas entre si produzindo

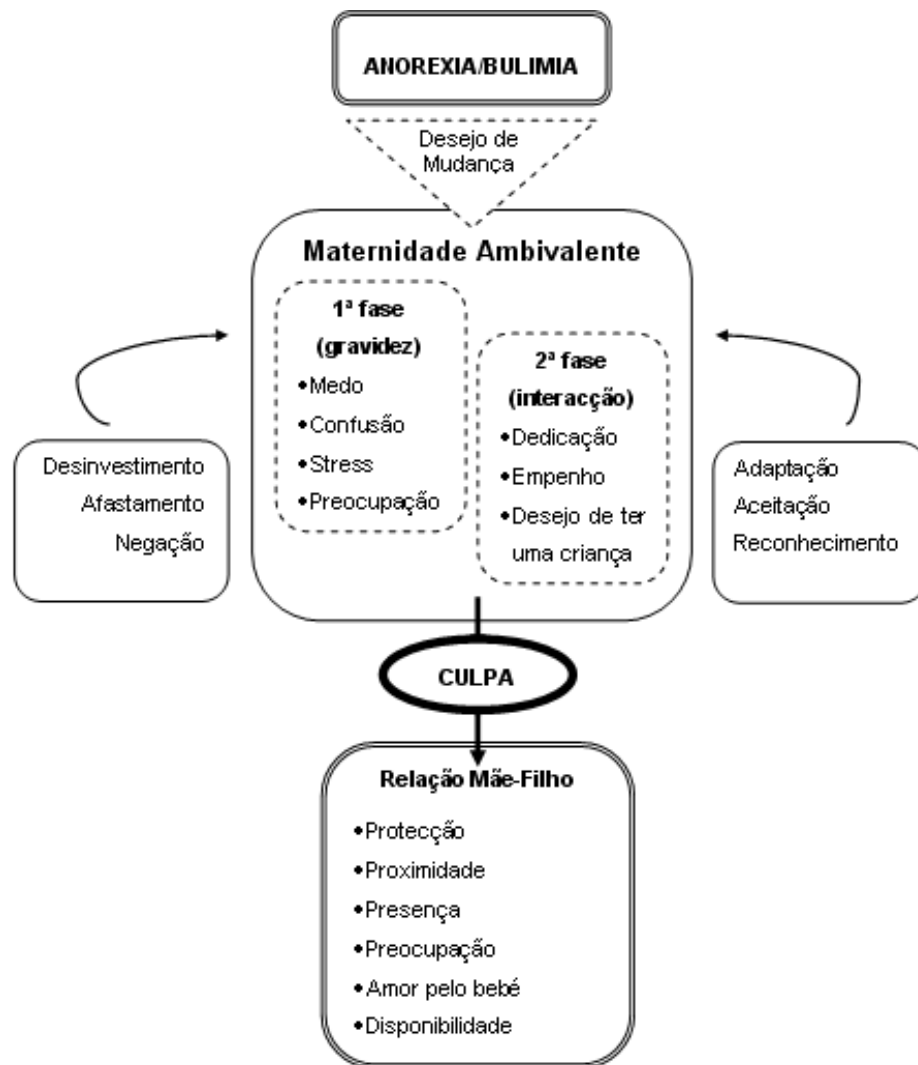
progressivamente categorias mais complexas e inclusivas. A par deste processo foram elaborados mais memorandos com o intuito de descrever cada categoria e as relações entre elas (Anexo C). Após a elaboração de todos os memorandos fez-se um *sorting* (Glaser, 1967), isto é, todos foram organizados e agrupados de acordo com semelhanças com o intuito de obter categorias de um maior nível de abstracção através de um desenvolvimento de novas relações entre si e com a categoria central. Num momento *a posteriori*, identificou-se a categoria central que foi exaustivamente relacionada com as restantes categorias. Por último, e tendo por base os memorandos elaborados, procedeu-se à construção do modelo teórico.

RESULTADOS

Para uma mais fácil compreensão do modelo teórico construído acerca do comportamento parental no caso de mulheres que sofreram de perturbações do comportamento alimentar, apresenta-se o referido modelo em forma de esquema (Figura 1).

Durante a análise dos memorandos foram emergindo conexões e relações entre as diversas categorias que conduziram a uma maior abstracção e distanciamento em relação aos dados. No entanto, a construção de um modelo linear mostrou-se impossível devido às suas limitações e rigidez, tornando necessária a existência de uma codificação teórica que permitisse modelar e estabelecer relações entre as diferentes categorias e a categoria central.

Figura 1: Modelo explicativo do comportamento parental em mães com Anorexia e Bulimia



Através das entrevistas analisadas verifica-se que estas mães, mesmo aquelas já recuperadas da anorexia ou bulimia, enfrentam ainda uma relação ambivalente com o corpo. Sobre o período da doença referem um grande sentimento de desvalorização pessoal, uma imagem distorcida do corpo e um sentimento de inadequação e isolamento generalizados. Estes sentimentos, quase sempre presentes em mulheres que sofreram de anorexia ou bulimia, tendem a ser trabalhados durante o período de acompanhamento (quando este é possível) mas, no entanto, existem sequelas que podem ficar durante anos, sendo isso que parece acontecer com estas mães.

Num momento posterior, pensado como sendo o período de recuperação, em que estas mulheres parecem sentir-se “livres” da doença, que a maternidade começa a ser pensada, uma vez que o corpo, outrora fraco ou mesmo infértil, não o permitia. Este pensar a maternidade parece surgir também associado a um desejo de mudança, tanto ao nível dos comportamentos anoréticos e bulímicos (quando estes ainda estão remanescentes), como ao nível das relações, modo de estar na vida, actividades e pensamentos.

O processo de mudança (cognitiva e comportamental) desenvolve-se após o período de recuperação em que há um acompanhamento médico e terapêutico, sendo o mesmo essencial para que estas mulheres definam as suas prioridades, objectivos e preocupações principais. Deste modo, o funcionamento psíquico e estilo relacional da mulher é alterado, ou seja, o modo como esta interpreta, sente e se relaciona consigo mesmo e com o mundo exterior. Este processo de mudança aparece associado à maternidade, sendo mesmo descrito por estas mães como algo urgente, quase como a necessidade de construção de um novo começo. Nas entrevistas possíveis podemos perceber que existe um grande desejo de esquecer o que foi vivido, é um virar a página pelo qual anseiam, sentindo que a maternidade poderá ser, neste sentido, transformadora. Sobre a maternidade, refere Leal (1990), que vai mais além do que a gravidez, sendo importante pensar que, mais do que ter uma criança a maternidade representa o desejo de querer ser mãe. Pensando por este prisma, é interessante observar como estas mulheres se centram muito mais na gravidez do que na própria maternidade, sendo que o que as preocupa são claramente as alterações corporais que estão associadas a este período, mais do que o pensar a criança enquanto ser separado de si, com uma identidade própria. Deste modo, parece não existir à priori uma reorganização cognitiva e comportamental, surgindo apenas mais tarde, após um processo de reconhecimento e de introspecção.

O processo central que aqui emerge relaciona-se com um sentimento generalizado: a ambivalência. A ambivalência surge como o processo central uma vez que caracteriza todo o processo de maternidade nestas mulheres, desde a concepção até à actualidade. A transição para a parentalidade é sentida como confusa, mesmo quando aceite, aparecendo de um modo muito subtil, quase nunca expresso ou claramente manifesto, mas ainda assim inerente a quase todas as interações estabelecidas. Por um lado encontramos o desejo de constituir família, de ter uma criança, por outro, pesam os aspectos mais negativos associados à maternidade: a necessidade de se descentrar de si própria, de se dar ao outro, de pensar o outro e de lhe atribuir uma identidade. Deste modo, mesmo no caso das entrevistas em que a maternidade é referida como tendo sido pensada e desejada, parece emergir um processo de adaptação e aceitação necessário a todas as mulheres. Aliás, esta preparação é necessária e mesmo essencial a qualquer processo de maternidade. É importante que se ensaiem cognitivamente os papéis de cada um e que se incorpore a existência da criança na sua identidade, de modo a aceitá-la como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001). Concorrendo para esta caracterização da maternidade como ambivalente surgem também sentimentos contraditórios como o medo, confusão, stress e preocupação com as alterações corporais por um lado (no pólo negativo) e o desejo de ter

uma criança e a dedicação e empenhamento na nova etapa que é a maternidade, por outro (no pólo positivo).

O processo da gravidez e maternidade, como mudanças que são, implicam stress e requerem respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe (Ball, 1994; Boss, 1988). Estas mudanças tornam-se tão mais importantes quanto mais próximos estamos de uma personalidade frágil como poderá ser a destas mulheres que sofreram de uma perturbação grave a nível do comportamento alimentar. A confusão, por sua vez, parece também relacionar-se com as rotinas e hábitos anteriores a esta fase. O receio e o medo começam então a ser sentidos, principalmente quando se trata do primeiro filho, pois há que tomar maior atenção à alimentação e ter maior cuidado com as rotinas diárias. No pólo oposto, os sentimentos mais positivos que concorrem para o equilíbrio dos sentimentos são a capacidade de empenhamento e a dedicação, a mesma que leva a mulher a disponibilizar mais tempo para a criança, tanto antes do parto, pensando o bebé, como depois do nascimento do mesmo, procurando suprir as suas necessidades básicas de alimentação, suporte, atenção.

Os sentimentos positivos associados à maternidade surgem especialmente nos casos em que a anorexia ou bulimia já se encontram superadas, quando a mulher conseguiu, antes da gravidez, ultrapassar os complexos com o corpo ou com qualquer outra problemática que tenha originado a doença. É nestes casos que a mãe se mostra mais disponível e dedicada tanto física como emocionalmente para a sua criança, quase fazendo pensar numa compensação ou investimento após as dúvidas e medos iniciais. As relações entre mãe-criança constroem-se, deste modo, desde logo de um modo mais próximo e exclusivo. No caso de outras mães entrevistadas verifica-se uma atitude bem mais distante e apagada em que a criança é pensada como um encargo que modificará toda a vida da mulher. Nestes últimos casos, verifica-se uma maior instabilidade emocional e indisponibilidade, sendo até descritos episódios em que há uma fuga ao contacto físico com a criança, seja pela ocupação do tempo com outras actividades ou pela negação da necessidade que a criança apresenta de estar com a mãe. Algumas destas mães, menos disponíveis emocionalmente, chegam mesmo a desinvestir da criança e das relações exteriores. Nestes casos, embora não estejam emocionalmente muito disponíveis, devido às preocupações que as atormentam como a alteração corporal, de humor, há um sentimento que tende a ser quase escondido por não querer ser reconhecido: a culpa. A culpa aparece aqui associada e relacionada com as restantes categorias, emergindo das mesmas, na medida em que estas mães, enquanto mulheres, rejeitam de um modo brutal a maternidade para cumprirem o compromisso que fizeram, em algum momento, com a

anorexia ou bulimia, quase levando ao extremo a separação entre o feminino e o materno. Ainda que seja sentido o esforço para recalcar esta culpa a verdade é que ela existe e é tão mais forte quanto maior era o desejo, de cada uma destas mulheres, associado à maternidade. Por outro lado, também relacionado com o sentimento de culpa e contribuindo para o mesmo, verificamos um imenso medo de inadequação e desajustamento. É curioso observar como estas mulheres temem não saber lidar com a criança, revelam um grande medo de não saber tratar da criança, de não saber cuidar dela. Deste modo, estas mães são muitas vezes invadidas por sentimentos de incapacidade (inadequação), pois consideram que não são mães suficientemente boas para os seus filhos e que não sabem como lidar com os mesmos. Por outro lado, para algumas destas mães a inexperiência contribuiu também para o surgir desta inadequação materna (especialmente quando se trata do primeiro filho), afirmando que sentiram dificuldade em pegar na criança ao colo, dar-lhe banho, alimentá-la, entre outras tarefas, quase justificando o desajustamento que sentiam.

Ao reflectirmos sobre o medo pensamos que o mesmo poderá estar associado ao perfeccionismo que as caracteriza, isto é, temem errar e ter de pedir ajuda. No entanto, ainda que de um modo mais subtil, o sentimento de culpa aparece também nas entrevistas em que as mães relatam já estar recuperadas das perturbações do comportamento alimentar antes de ter a criança e que a mesma foi muito desejada e investida desde cedo. Poderemos pensar que há aqui alguma contradição por não percebermos qual a origem da culpa nestas mulheres mas, quando reflectimos sobre os seus testemunhos percebemos que a culpa encontra a sua origem no seu passado, isto é, a culpa surge associada ao medo de não ter um corpo suficientemente forte e saudável para gerar a criança, sentindo-se responsáveis pelo bem-estar e saúde da criança. Por outro lado, parece existir culpa na medida em que temem que, de algum modo, a criança possa, ao longo do seu desenvolvimento, sofrer também ela de anorexia ou bulimia, isto é, fantasiam que a doença possa ser de algum modo hereditária. Para que a adaptação possa acontecer da melhor forma é importante a existência de uma base segura, um apoio/suporte que as ampare e dê força para prosseguir, para acreditar e até que lhes transmita a segurança que lhes falta. Por outro lado, quando tal não é possível, quando estão sozinhas ou desamparadas, há um caminho no sentido inverso, levando a um afastamento emocional e afectivo da criança, a um estado bem mais depressivo e solitário que quase se pode assemelhar ao que acontece durante o período da doença. O sentimento de culpa vai fazer com que as mães invistam cada vez mais na relação com o filho, até para o compensar de num primeiro momento não

terem estado tão disponíveis para ele e com o receio de terem passado para a criança algumas das suas características negativas ou menos saudáveis.

Todas as condições inerentes a este processo de transição para a maternidade e o impacto que o mesmo apresenta no comportamento parental conduziram à definição de uma categoria principal que se caracteriza por uma **relação de extrema protecção e proximidade**. Esta relação, estabelecida entre mãe e criança, é o produto de todos os processos que a mulher percorre, constituindo-se e consolidando-se numa base bem mais segura e confiante do que a que parecia, inicialmente, ser possível. Estas mães parecem manter com os seus filhos uma relação de grande proximidade, dedicando-se-lhes quase exclusivamente, pois sentem-se na obrigação de suprir todas as necessidades a que (imaginam) ter sujeitado a criança durante a gravidez e primeiros tempos de vida. De certa forma, as mães tentam compensar a sua indisponibilidade inicial, estando sempre junto dos filhos. São mães muito protectoras com os seus filhos, fazendo de tudo para que nada de mal aconteça à criança, necessitando de estar perto para evitar que o seu filho sofra. Estas mães, quando ultrapassam e reconhecem o desajustamento inicial, são invadidas por um sentimento de insegurança em relação ao bem estar e saúde da criança (medo/insegurança), pois têm receio que algo de mal ocorra com a mesma, acabando por se dedicarem em regime de proximidade e presença quase exagerada à criança por recearem que algo de mau lhe possa acontecer (*protecção como compensação da culpa*). Este medo, apesar de presente na maioria das mães, está exacerbado naquelas que sofreram de algum tipo de perturbação do comportamento alimentar ou cujos filhos foram submetidos a internamento precoce (preocupação), especialmente quando o mesmo foi causado por uma má nutrição ou provocação do vômito (nas mulheres que sofreram de bulimia). De igual forma, parece existir por parte destas mães uma grande insegurança face ao sentimento que as crianças têm por si, daí a sua necessidade de dar-lhes tudo e de estarem sempre presentes, para não perderem a única fonte de afecto que julgam possuir. Estas mães tentam proteger a criança da sua instabilidade para a criança não sentir o seu afastamento, assim como os sua insegurança, de modo a evitar que a criança possa de alguma maneira sofrer, potenciando o seu sentimento de culpa. A criança torna-se então o centro das vidas destas mulheres, a sua razão de viver (tudo para mim), pois estas crianças

acabam por vir preencher um vazio interior, e como tal elas não querem que lhes falte nada (não privar), fazendo-lhes todas as suas vontades. Para esta mudança comportamental valeu muito o processo de reconhecimento do sentimento de culpa, assim como o reconhecimento dos erros e restrições a que sujeitaram o corpo durante longos anos.

O tipo de comportamento adoptado pela figura materna acarreta consequências na relação mãe-filho. O facto de a mãe ter estabelecido com a criança uma relação de grande proximidade e exclusividade, em que parecia que só as duas existiam, leva a dificuldades de separação, tanto por

parte da mãe como por parte da criança. Aliada às dificuldades de separação, surge a protecção excessiva por parte da figura materna, que leva ao estabelecimento de uma relação de dependência entre mãe e criança, conduzindo ao desinvestimento na relação com o outro e a que a criança revele uma fraca autonomia e dificuldades na interacção com os seus pares.

A alteração do comportamento acontece também ao nível da dedicação. Tal como já ficou claro, a relação entre a mãe e a criança vai sofrendo modificações ao longo do tempo à medida que vai sendo possível estabelecer um contacto mais próximo proporcionado também por uma maior participação nas actividades e na vida da criança. Após um período de maior confusão e angústia, a mulher tende a reavaliar a sua conducta, estabelecendo novas prioridades na sua vida. A dedicação à criança percebe-se aqui envolta num ambiente bem mais afectivo, sensível e preocupado. Poderemos referir que esta dedicação surge em consequência da culpa, já anteriormente referida. Esta dedicação manifesta-se no tempo passado com a criança, na escolha e empenhamento nas actividades, no esforço para aprender a lidar com a criança e até na descentração de si mesmas para se focar na criança, nas suas necessidades e cuidados.

O processo que podemos ver emergir desta ambivalência entre o desejo de ter uma criança, o empenhamento e a dedicação, por um lado, e o medo, confusão e stress, por outro, é a mudança comportamental que surge associada à vinculação à criança, isto é, a instabilidade provocada por sentimentos contraditórios é superada por estas mulheres quando a vinculação à criança se torna possível. Deste modo, observamos sentimentos que não se fariam prever na maternidade destas mulheres, especialmente naquelas que relataram sentimentos menos positivos e até mais agressivos para com a criança no início da gravidez.

O tipo de comportamento adoptado pela figura materna caracteriza-se, então, por uma super-protecção, proximidade e preocupação com a criança; uma presença e disponibilidade a qualquer custo, colocando a criança sempre em primeiro plano e, acima de tudo, um amor incondicional pela criança, assumindo a mesma como a sua principal razão de viver. O facto de estas mães estabelecerem com as suas crianças uma relação de grande proximidade e exclusividade leva, no entanto, a dificuldades de separação, tanto por parte da mãe como por parte da criança. Esta dificuldade de separação poderá não ser benéfica para a criança uma vez que poderá criar na criança algum medo ou insegurança quando a mãe não está presente podendo, inclusivé, níveis de auto-estima mais baixos do que os apresentados pelas crianças cujas mães não passaram por este processo. Por outro lado, esta protecção

poderá também conduzir a um carácter inseguro, pois poderão recear não agradar ou ser bons o suficiente para os outros, tal como um dia as suas mães se sentiram.

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo consistiu na construção de um modelo teórico relativo ao comportamento e relação mãe-criança de mulheres que sofreram de perturbações do comportamento alimentar (iniciadas antes da maternidade). O processo básico que caracteriza as mães que participaram no estudo é uma **relação caracterizada por uma grande protecção e proximidade**, sendo este tipo de comportamento produto de uma série de **modificações e reestruturações a nível emocional, cognitivo e relacional**. As diferenças encontradas entre as mães com filhos de 1 ano e 1 ano e meio, por um lado, e as mães de crianças de 7, 9 e 12 anos, por outro, revelam que estas reestruturações e modificações são um processo adaptativo e evolutivo, isto é, vai-se tornando possível um reconhecimento da relação mãe-filho como prioritária. Deste modo, verifica-se que as mães entrevistadas com crianças mais velhas (7, 9 e 12 anos) demonstram uma maior segurança no discurso, revelando um maior afastamento em relação à fase da doença (e aos sintomas característicos da mesma) e até uma menor centração no aspecto corporal. No que respeita à parentalidade, parece que é sentida e vivida de um modo mais genuíno e livre de contradições nestas mães do que naquelas que têm crianças mais pequenas (com 1 ano ou 1 ano e meio), verificando-se que estas últimas parecem ainda presas às lembranças anteriores à maternidade.

Esta relação caracterizada por grande protecção e proximidade que observamos implica uma reconstrução interna daquilo que é o feiminino e o materno para cada mulher (Leal, 2000). A culpa parece então aparecer depois de um primeiro momento de afastamento (tanto físico como emocional), constituindo-se como o motor de toda a mudança comportamental que se observa na relação mãe-criança, uma vez que, quando sentida, é ela que propicia a aproximação e a dedicação que se vêm a abservar. Este padrão comportamental das mães não poderá ser separado ou afastado da sua fonte de origem, ou seja, os complexos com o corpo e com a imagem corporal que, ainda que depois do período de recuperação, parece no entanto não estar totalmente resolvido na vida destas mulheres, invadindo-as, neste que é também um processo de transição envolto numa série de alterações (tal como o é a adolescência) por sentimentos de vazio, desvalorização, ansiedade, confusão, baixa auto-estima e mesmo depressão. É mesmo esta desvalorização e tristeza que leva muitas mulheres a isolarem-se, negando qualquer tipo de relação, até mesmo com a criança, pois preferem o afastamento ao sentimento de incapacidade e inadequação (que tanto temem).

A partir da análise das entrevistas verifica-se que a grande maioria destas mulheres apresenta um grande desejo de ser mãe, ainda que nenhuma das participantes tenha referido ter planeado a gravidez para a altura em que a mesma aconteceu. No entanto, e ainda que todas as mães tenham desejado a maternidade de formas e com intensidades diferentes parece existir uma primeira fase em que todas as mulheres revelam alguma ambivalência de sentimentos, revelando mesmo algum distanciamento emocional da criança por sentirem que alguma coisa não estava bem. Esta indisponibilidade aparece, então, relacionada com o isolamento, tristeza e desinvestimento na relação com o outro que se começa a fazer notar nestas mulheres. No entanto, estes sentimentos tendem a aparecer encobertos pela vergonha e secretismo, uma vez que temem as opiniões que os outros lhes poderão dirigir, julgando-as, por exemplo, não aptas para tomar conta da criança. O mal estar e o afastamento começam apenas a ser enfrentados quando estas mães começam a desenvolver com os filhos uma vinculação forte e mais segura. É o olhar a criança, o pensar a criança como um ser distinto de si e, acima de tudo, fora do seu corpo, que permite uma reconstrução e uma reorganização cognitiva e afectiva daquilo que a criança representa para si, surgindo quase como forma de compensar o **sentimento de culpa** pela indisponibilidade e afastamento inicial.

As conclusões a que se chegou com o presente estudo vão ao encontro do postulado pela maioria dos enunciados teóricos que se debruçam sobre o tema. Verifica-se que, tal como apontou Hall (1999), estas mães, ainda que se julguem curadas da anorexia ou bulimia quando engravidam, tendem a readoptar as dietas restritivas ou pensam em recorrer ao vómito como meio de recuperar a forma e peso anterior à maternidade. É este regresso aos hábitos do passado que vai provocar o afastamento emocional da criança ao longo do desenvolvimento inicial desta, estando estas mulheres, durante algumas semanas ou meses, menos disponíveis e presente para os seus filhos. No entanto, apesar desta indisponibilidade inicial, estas mães não se afastam tão radicalmente da criança, verificando-se posteriormente, um movimento no sentido inverso que irá marcar toda a relação entre mãe-criança. Este movimento no sentido inverso parece acontecer por volta dos primeiros seis meses a um ano, sendo este período importante por permitir uma aproximação quase compensatória dos meses de afastamento emocional. Assim, parece existir uma força maior que as afasta desta obsessão do corpo e da imagem, a criança. Assim, ainda que inicialmente possam voltar a estar centradas no seu aspecto corporal, sujeitando as crianças até a algum tipo de abandono (emocional) estas mães tendem a preocupar-se com os seus filhos, elas acabam mesmo por estabelecer com a criança uma relação de proximidade e

preocupação, em que se tornam extremamente atentas, presentes e protectoras, estando sempre a criança em primeiro plano, e fazem questão de serem elas próprias a cuidar da criança, apesar dos sentimentos de inadequação materna que referem sentir. O sentimento de vazio, medo/insegurança e preocupação com o corpo, parecem ser condições que fazem intensificar a necessidade de estabelecer com a criança uma relação de proximidade e quase exclusividade. O amor pela criança é sentido em toda a dinâmica relacional, quase fazendo crer que não existiu qualquer problema anterior a esta fase de felicidade. Estas mães chegam mesmo a referir que não precisam de ter mais ninguém, particularmente de um companheiro, desde que tenham os filhos consigo, uma vez que os mesmos se tornaram verdadeiramente os seus maiores e melhores companheiros.

Os resultados do presente estudo vão na direcção do postulado por Chutto (2008), verificando-se que o impacto e efeitos das perturbações do comportamento alimentar nestas mulheres conduzem a uma clara mudança de atitudes e prioridades nas suas vidas quando têm um filho. Deste modo, parece-nos que os cuidados e afecto que estas mães desejam oferecer à criança facilitam o assumir das funções maternas de modo a sentirem-se, talvez, importantes e imprescindíveis para a criança. Poderemos, neste sentido, reflectir sobre o estudo de Patel et al. (2002) uma vez que, mesmo após um período de afastamento, estas mães são bastante sensíveis e atentas à saúde dos filhos, principalmente no que toca ao peso, desejando que tenham o peso adequado para a idade. Deste modo, talvez seja a insegurança que sentem em relação à saúde e bem estar da criança, e mesmo ao afecto que a mesma poderá desenvolver por elas, que potencia esta relação de proximidade e quase exclusividade com a criança. O estabelecimento deste tipo de relação gera uma grande dependência e dificuldades de separação, podendo implicar graves consequências no desenvolvimento da criança. Assim, estas crianças são frequentemente descritas como sendo muito difíceis, ansiosas, nervosas, inseguras, imaturas e até com dificuldades ao nível da interacção com o outro, o que poderá encontrar a sua origem numa dificuldade em aceitar o seu próprio corpo, confirmando as expectativas de Hall (1999) de que poderiam desenvolver uma ansiedade de separação na ausência da mãe e, por outro lado, adquirir um relacionamento conflituoso e doloroso com o próprio corpo.

Ainda que tentemos ao máximo estudar esta temática os poucos resultados encontrados dificultam o processo de retirar qualquer tipo de conclusão no que diz respeito ao impacto que os hábitos alimentares e as dificuldades iniciais para estabelecer a relação, por parte destas mães, podem acarretar para o tipo de relação estabelecida. O presente estudo vem complementar as investigações já desenvolvidas com base no método "Grounded Theory", nomeadamente sobre parentalidade em mães com depressão pós parto ou mães

toxicodependentes (Esteves, Pires & Valada, 2001). Aliás, podemos fazer um paralelo entre estes dois estudos e o presente na medida em que se verifica um movimento de investimento por parte das mães após um sentimento de culpa, ainda que de um modo diferente. Pretende-se, a partir do modelo apresentado, permitir um maior acesso às vivências destas mães, aos seus sentimentos e dificuldades e aos meios que encontraram para ultrapassar as mesmas. No entanto, não se pretende estabelecer um foco nas perturbações do comportamento alimentar ou nas suas consequências mas antes nos condicionantes que as mesmas podem apresentar na relação mãe-filho e no desenvolvimento deste último.

O número reduzido de participantes impede a extrapolação dos resultados e conclusões para a população de mulheres que, após sofrer de anorexia ou bulimia, fica grávida, sendo esta uma das maiores limitações ao estudo. No entanto, a dificuldade de recolha de amostra e o secretismo e/ou vergonha a que estas questões ainda conduzem impediram a realização de um maior número de entrevistas. Por outro lado, a relevância do tema, o número limitado de participantes e a necessidade de um aperfeiçoamento sistemático da teoria fazem-me acreditar que seria importante e interessante dar continuidade ao estudo até agora desenvolvido. No que respeita a futuras investigações, seria interessante avaliar o ponto de vista dos familiares (por exemplo, dos companheiros, avós, irmãos sobre os comportamentos, atitudes e sentimentos destas mães ao longo da transição para a maternidade, uma vez que a perspectiva da própria poderá enviesar os resultados (desejabilidade social, por exemplo). Seria também pertinente desenvolver estudos longitudinais acerca do comportamento parental ao longo do desenvolvimento da criança (ao longo de diferentes etapas da vida da mesma) no sentido de verificar o efeito que esta pode ter tido no comportamento parental e desenvolvimento da criança, sobretudo nos primeiros meses de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, S., Taylor, A. & Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 482-487. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ahern, A. L. & Hetherington, M. M. (2006). The thin ideal and the body image. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (3), 338-342. Consultado em Janeiro, 5, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Andersson-Ellstrom, A. & Larsson, G. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 116-124. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Ball, J. B. (1994). *Reactions to Motherhood – the role of postnatal care*. Stanford: Midwives Press
- Berg, B. & Hodes, M. (1997). Adult psychiatrists' knowledge of children whose mothers have eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5, 25-32. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Boss, P. (1988). *Family Stress Management*. Beverly Hills: Sage
- Bulik, C. M., Gerke, C. L., Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S. & Zucker, N. L. (2005). Parenting concerns of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37,

77-79. Consultado em Fevereiro, 8, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 939-946. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Bulik, C. M., Sullivan, P. & Fear, J. (1999). Fertility and reproduction in women with a history of anorexia nervosa : a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6(2), 130-135

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 19-46). Coimbra: Quarteto Editora

Chang, S. R., Chao, Y. M & Kenney, N. J. (2006). I am woman and I'm pregnant: body image of woman in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(2), 147-153. Consultado em Dezembro, 18, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Chutto, S. M. (2008). *Clinical implications for pregnant women in recovery from a severe eating disorders.*(Doctoral dissertation, Alliant International University, 2008) Dissertation Abstracts International, 68, 4815-B. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Colman, A. & Colman, L. L. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri (obra original publicada em 1991)

Corning, A. F., Krumm, A. J. & Smitham, L. A. (2006). Differential social comparison processes in women with and without eating disorder symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 338-349. Consultado em Janeiro, 20, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Daker, M. V., Miranda, G. V., Nery, F. G. & Teixeira, A. L. (2002). Anorexia nervosa e

gravidez: relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 186-188

Davids, A., Gray, G. B. & Holden, R. H. (1963). Maternal anxiety during pregnancy and adequacy of mother and child adjustment eight months following childbirth. *Child Development*, 34, 993-1002. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Duker, M. & Slade, R. (2005). "O peso viável e a figura que se encontra escondida" in *Anorexia nervosa e bulimia*, Mem-Martins: Cetop. (Tradução do original Inglês Anorexia nervosa and bulimia. United Kingdom: Open University UK Limited, 2002)

Esteves, M., Pires, A., & Valada, M. (2001). Depressão materna e comportamento parental. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 15-37). Lisboa: ISPA.

Fairburn C. G. & Stein, A. (1989). Children of mothers with bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 299, 777-778. Consultado em Dezembro, 18, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Foster, S. F., Slade, P. & Wilson, K. (1996). Body image, maternal foetal attachment and breastfeeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 4(2), 181-184. Consultado em Dezembro, 18, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

Frances, A. & Ross, R. (2004). Casos clínicos DSM-IV-TR - guia para o diagnóstico diferencial. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês DSM-IV-TR - Case Studies. A Clinical Guide to Differential Diagnosis. USA: American Psychiatric Publishing, 2002)

Franco, D. L. & Spurrell, E. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 942-946

Franco, D. L. & Walton, B. E. (1993). Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 41-48. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.

- Gielegem, A. M., Mittelstaedt, M. E. & Bulik, C. M. (2002). Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth*, 29(3), 182-191. Consultado em Dezembro, 18, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. (4^a ed.). Chicago: Aldine.
- Glaser, B. (1999). *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
- Grant, J. E. & Phillips, K. A. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on... *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 123-126.
- Hall, A. (1999). Anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders. In. M. Gopfert, J. Webster & M. V. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder* (pp. 251-255). United Kingdom: Cambridge University Press. Consultado em Março, 23, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Hodes, M., Robinson, P. & Timimi, S. (1997). Children of mothers with eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5 (1), 11-24. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Huang, H. C., Wang, S. Y., Chen, C. H. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth: Issues in Perinatal care*, 31(3), 183-188. Consultado em Dezembro, 8, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Key, A., Masson, H. & Bolton, J. (2000). Reproduction and eating disorders: a fruitless union. *European Eating Disorders Review*, 8(2), 98-107. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Lacey, J. H. & Smith, G. (1987). Bulimia nervosa: the impact of pregnancy on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, 150, 777-781. Consultado em Março, 15, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

- Lai, B. P., Tang, C. S., Tse, W. K. (2005). Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among chinese pregnant women in Hong Kong. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13(2), 171-186. Consultado em Dezembro, 8, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Larsson, G. & Andersson-Ellstrom, A. (2003). Experiences of pregnancy related body shape changes and of breast feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 116-124. Consultado em Janeiro, 19, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Leal, I (1990). Nota de Abertura. In. Psicologia da Gravidez e da Maternidade, *Análise Psicológica*, 4, VIII, 365-366
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10(2), 229-234
- Leal, I. (2000). O Feminino e o Materno. In. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora
- Leal, I. (2005). "Problemas psicológicos no período gravídico" in Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de Século
- Lemberg, R. & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285-295. Consultado em Dezembro, 14, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Maldonado-Durán, J. M., Lartigue, T. & Feintuch, M. (2000). Perinatal psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 317-343. Consultado em Abril, 14, 2008, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Mazzeo, S. E., Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Aggen, S. H. & Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and

perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 202-211. Consultado em Dezembro, 18, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

Muller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25, 161-166

Newton, M. S. & Chizawsky, L. L. (2006). Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(1), 5-7

Oliveira, J. H. B. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta

Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J. & Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (4), 347-364. Consultado em Novembro, 7, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J. & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(1), 1-19. Consultado em Novembro, 7, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

Park, R. J., Senior, R. & Stein, A. (2003). The offspring of mother with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 110-119. Consultado em Novembro, 7, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 4(3), 67-78. Consultado em Novembro, 7, 2007, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.

Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 9 (4), 445-452.

- Pires, A. (2001). Introdução à grounded theory. In: A. Pires (Ed.) *Crianças (e pais) em risco*. (pp. 41-63). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ramchandani, D. & Whedon, B. (1998). The effect of pregnancy on bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 845-848. Consultado em Junho, 2, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Ruiloba, J. V. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª ed.). Barcelona: Masson
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2000). Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, vol.14, No.2, 171-186. Consultado em Junho, 2, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Schmied, V. & Lupton, D. (2001). The externality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8, 32-40. Consultado em Junho, 2, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage
- Walker, L. (1998). Weight-related distress in the early months after childbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 20(1), 30-44. Consultado em Junho, 3, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Waugh, E., & Bulik, C. M. (1999) Offspring of mothers of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 123-133. Consultado em Janeiro, 18, 2008, através da fonte EBSCO host Academic Search Elite database.
- Winnicott, D. W. (1991). *The child, the family and the outside world*. London: Penguin Books

Anexo A

Entrevista 1

Nome: Luísa, 35 anos, arquitecta, divorciada, mãe de uma menina de 7 anos.

Bulimia desde os 21 anos

Acompanhamento desde 1996 (23 anos)

O encontro com a Luísa foi marcado através de um e-mail, ao qual demorou cerca de três semanas a responder. Combinámos encontrar-nos num café perto da sua residência. A Luísa chegou à hora marcada e seguimos para sua casa. A Luísa é uma mulher bonita e elegante. A sua postura é bastante discreta e um tanto insegura. Chegamos a sua casa, bastante arrumada e bem decorada e convida-me a tomar um chá enquanto conversamos. Aceito e a Luísa começa a contar-me a sua história. “Bom, a bulimia entrou na minha vida como entra na de tanta gente...Tinha cerca de 21 anos, estava na faculdade a estudar...Todas as minhas colegas pareciam ser magras, usavam qualquer coisinha e ficava logo bem. Eu sentia-me enorme, gorda, na verdade, com 1,65m pesava na altura 67kg, era cheinha... Sempre pensei que conseguiria parar quando perdesse uns 5 quilos mas...não foi assim. A obsessão continuou e continuou...perdi cerca de 10 kg num espaço de 3 semanas. Esta tortura manteve-se durante 2 anos...cheguei a pesar 39 kg e foi aí que fui arrastada para o médico. Na altura já tinha uma mistura de anorexia com bulimia, uma confusão! Os meus pais como moravam longe, em Coimbra, nunca se aperceberam...como sempre fui gordinha acho que levavam isso como algo positivo para mim, acho que até me achavam mais bonita. Quando terminei o curso eu e o meu ex-marido fomos morar juntos. Na mesma altura iniciei a terapia e ainda estive internada uns 6 meses mas só estabilizei por volta dos 27 anos. Nessa altura começamos a pensar em casamento e eu só desejava que o casamento fosse o passo para a mudança nos meus hábitos.

Perfeccionismo

Desespero

Confusão

Mudança

Luísa - Quando casei já pesava 54 kg, estava bem. O desejo de termos um bebé já era antigo...fiquei grávida após um ano de casamento e ficamos radiantes, foi muito desejada a minha filha. A gravidez foi vivida com tranquilidade, ou pelo menos aparentemente...

Gravidez

desejada

Mudança

Aceitação

Ψ Aparentemente?

Luísa - Eu estava feliz, ia ter uma bebé, era tudo o que sempre sonhamos, o nosso “projecto”. Mas, dava por mim muitas vezes a imaginar-me grávida. Imaginava as pernas pesadas, a celulite, a retenção

de líquidos, os braços enormes, as pernas flácidas, não é uma imagem muito animadora, pois não? Quando comecei a aumentar de peso veio-me à cabeça o meu corpo outra vez com quase 70 kg e tremia de nojo, horror. Não queria voltar ao que era antes. Obviamente tive muito cuidado. Não fiz nada de irresponsável para não prejudicar o meu bebé mas...não sei se não exagerei na dieta. Passei os primeiros meses muito bem, comprava roupinhas e brinquedos mas...a partir de cerca dos 5 meses tudo piorou. Era o meu corpo a inchar, sentia que já não era atraente...uma mulher precisa sentir-se desejada pelo homem! Ao mesmo tempo, acho que não dediquei o tempo necessário ao meu bebé enquanto estive grávida. Não sei...acho que passava mais tempo a olhar-me ao espelho para ver onde tinha engordado mais do que a pensar na minha filha...

Confusão
Repulsa pela alteração corporal
Preocupação com a criança
Afastamento emocional do bebé
Dedicação
Confusão

Ψ- Dizia que não lhe dedicou o tempo necessário, quer explicar-me isso um pouco melhor?

Luísa - Era toda uma confusão de sentimentos. Era a primeira gravidez, o meu ex-marido sempre a trabalhar, eu em casa sozinha, toda gente só falava no bebé e comentavam como eu tinha uma “barriguinha bonita”. Eu não queria ter barriga nenhuma! Tive medo do que sentia...

Sentimento de abandono

Ψ E o que sentia?

Luísa - Uma grande confusão, desespero...tive medo de não recuperar o meu corpo, de ficar flácida e horrível, de não voltar a vestir um fato de banho, não me conseguia olhar ao espelho. Mas ao mesmo tempo amava o meu bebé, só preferia que ela pudesse nascer de outro modo, sem eu ter de engordar daquela maneira, sem ter de andar com os pés inchados, o peito a doer...aí seria perfeito!

Confusão
Desespero
Angústia

Ψ E quando a sua filha nasceu, como se sentiu?

Luísa - Quando a Diana nasceu foi um alívio...ela nasceu saudável com quase 3kg e compridinha. Fiquei aliviada porque fiz algumas restrições na alimentação mas ela não sofreu com isso...normalmente as grávidas aproveitam esse período para comer tudo o que querem, as minhas amigas pelo menos contam sempre isso, eu só queria engordar o

Preocupação com a criança

minimo possivel...ganhei ainda 10kg! Quando nasceu a Diana era uma bebê linda! O meu ex-marido deu-me apoio, ele adora a filha, têm uma relação muito boa... Alívio

Ψ E a Luisa? Como se construiu a vossa relação?

Luísa - Eu amo a minha filha mais que qualquer outra coisa na vida, dava a minha vida por ela, é um amor incondicional. Nos primeiros meses ela foi uma bebé muito sossegada, comia bem, dormia ainda melhor, não havia aquele problema de acordar de noite a chorar, nunca tive de deixar de fazer nada por ela ser bebé! Tive muito apoio da parte da família o meu ex-marido que moravam perto de nós.

Aceitação
Amor pelo bebé

Assim que voltei para casa a minha prioridade passou a ser a Diana. No entanto, nunca deixei de me preocupar com o meu corpo. Nos primeiros meses só pensava em recuperar o meu peso. Comecei a andar sempre mal humorada, era um misto de falta de paciência, saturação, andava enervada porque não me sentia bem no meu corpo, parecia que estava sem formas! estava com 10 kg em cima por causa da gravidez e sentia-me enorme, gorda...comecei a fazer exercicio fisico, inscrevi-me num ginásio e passava umas 3 horas seguidas a correr, fazer abdominais, bicicleta. Durante esse tempo a Diana ficava em casa dos meus sogros. Eles acharam melhor assim, acho que julgavam que eu teria qualquer coisa tipo depressão pós parto, eu preferia que eles pensassem que era isso...não me sentia disponível para nada...era eu e o meu corpo gordo. Eu preocupava-me com a Diana, sabia que era importante estar com ela mas eu não me sentia bem comigo...e de que vale estar com o nosso bebé se estamos sempre em baixo, não é? Eu queria estar bem para ela, para o meu marido. Havia dias em que estava bem disposta, contente em que passava tempo de qualidade com a minha filha...

Apoio/suporte

Preocupação
corporal

Alteração do
humor

Exercício físico

Abandono
emocional

Ψ E como define esse tempo de qualidade?

Luísa - Bem...ficava a olhá-la, a admirá-la e pensava muitas vezes que

queria estar bem para acompanhar o seu crescimento. Cantava para a Diana, ficava a fazer-lhe festinhas na cabecinha...Por outro lado havia outros dias em que me sentia frustrada por algum motivo, esses eram os dias que passava em frente do espelho, quando não saía do quarto nem para alimentar a minha filha, nem para mudar a fralda... era uma tristeza muito profunda, solitária.. Nesses dias chorava muito, era o pai da Diana que cuidava dela porque eu não estava mesmo nada bem. Mesmo assim, tentava levantar-me todos os dias da cama pela minha menina. Durante a semana acordava cedo para dar de mamar à Diana, ainda a amamentei até aos 8 meses, até porque ouvia dizer que ajudava a perder o peso ganho na gravidez! (risos). Ficava de manhã em casa com ela e depois de almoço ia levá-la a casa dos meus sogros. Ficava no ginásio até cerca das 18h e depois ia para casa descansar um pouco. O meu marido ia buscar a Diana a casa dos meus sogros e chegavam por volta das 19h. À noite era o único tempo que tinha para estar mais disponível com a minha bebé. Ela jantava em casa dos meus sogros e quando chegava ia logo dormir e eu ficava a vê-la... Eu amo a minha filha com todas as minhas forças mas...(recordar isto custa bastante!) (choro).

Dedicação

Tristeza

Choro

Exercício Físico

Disponibilidade

Ψ Mas...?

Luísa - ...É como se me sentisse culpada de alguma maneira. Ela hoje tem 7 anos, é uma menina feliz, entrou para a escolinha aos 2 anos e meio, para o infantário, e agora já está uma senhora, vai para a primeira classe. Eu e o pai dela divorciamos-nos quando ela tinha cerca de 4 aninhos e percebeu tudo...o nosso divórcio foi amigável, percebemos apenas que já não poderíamos estar juntos, já não havia amor...apenas muita amizade, talvez a minha doença tenha sido responsável por isso, tornei-me uma pessoa fria, azeda, triste...é como disse, vivia eu e a bulimia, o resto...era acessório. Explicamos tudo à Diana e ela percebeu na perfeição. É uma menina muito independente, sabe? Faz tudo sozinha, não é preciso dizer-lhe nada...não sei se terei sido uma boa mãe para ela. Afinal...um bebé precisa de muito carinho, atenção. Eu dei-lhe tão pouco quando ela era mais pequenina.

Culpa

Alteração do humor

Ambivalência

Abandono emocional

Ψ Porque é que acha que lhe deu pouco?

Luísa - Eu sempre me senti preparada para ter um bebé, sempre tive esse desejo. Ao mesmo tempo, é como disse...se pudesse ter um bebé de outro modo, melhor! Mas eu não queria adoptar e para o meu ex-marido estava fora de questão. Esta maldita doença deu cabo de mim, das minhas relações. Uma mulher quando tem um bebé deve curtir-lo, eu nunca aproveitei esses primeiros meses com ela. Quando a amamentava o meu pensamento ia para os quilos que ela me estava a retirar de cima, quando colocava a hipótese de não ir ao ginásio para estar com ela...bom, eu gostava de ficar com ela mas...tinha de emagrecer! Isto é uma obsessão!! Esta obsessão maldita tornou-me uma pessoa fria, distante...a minha filha precisava de uma mãe, não de um corpo escultural sem alma nem coração, sem atitudes, palavras, gestos de carinho. O que mais me magoa é saber que ela não tem recordações comigo desses primeiros anos da vida dela. Às vezes conversamos e pergunto-lhe se se lembra como eram esses tempos em que ficava em casa dos avós...a minha filha não tem recordações quase nenhuma com a mãe, eu estava sempre ausente... As idas ao parque começaram a ser menos frequentes ou então ela ia só com o pai, por vezes quando ia era para correr um pouco, fazer exercício...perdi tanto tempo, tempo não apenas físico mas também tempo para pensar nela...devia ter pensado mais nela só espero poder recuperá-lo agora!

Incapacidade
de dar uma
existência real
ao bebé

Confusão
Tristeza
Obsessão

Afastamento
emocional

Ψ E actualmente?

Luísa - Agora...agora é como digo, damo-nos bem. Agora sinto-me mais disponível para ela quando ela precisa...acho que agora estou a aprender a ser mãe, estou a aprender como é criar uma menina e olhe que não é fácil! Coitada da minha mãe...o que ela deve ter sofrido!

Uma vez, ouvi alguém falar sobre cocaína, acho que era um viciado que contava como foge dela, ainda que seja sempre vencido. Comigo é a mesma coisa: vou lutar sempre e fugir sempre da bulimia mas sei que ela

Dedicação

Preocupação

vai vencer...reconhecer que ela existe e que me afecta pode ser um bom ponto de partida mas ela continuará para sempre escondida dentro da minha cabeça e se não tiver muito cuidado sei que vai vencer. Acho que agora com a minha princesa estou a conseguir ter forças para lutar contra isto. Agora quero viver apenas obcecada pela Diana, essa sim, vai ser para sempre a minha preocupação. Agora ainda por cima vivemos as duas sozinhas, só uma com a outra e somos a melhor companhia uma para a outra também. Vou estar sempre alerta pois conheço esta realidade e tudo o que quero é manter a minha filha longe dela!

com as
alterações
corporais
Preocupação
com a criança
Protecção
Projecção

Entrevista 2

Nome: Ana Maria, 25 anos, solteira, mãe de uma menina de 1 ano.

Bulimia desde os 17 anos, assumida e tratada desde os 21

Acompanhamento desde 2000 (17 anos)

Conheci a Ana Maria por intermédio de uma colega de trabalho que me contou a sua história e lhe deu o meu contacto para que esta pudesse colaborar no estudo. A Ana mostrou-se desde logo colaborante e disponível, telefonando-me na mesma semana para marcarmos a entrevista. Deste modo, combinamos encontrar-nos no Hospital de Santa Maria. Quando chego vejo uma rapariga alta e elegante com uma criança com cerca de 1 ano. Aproximo-me apresentando-me. A Ana sorri e apresenta-me a sua filha, uma menina muito bonita cuja aparência é bastante cuidada e investida. Sugiro à Ana um local mais reservado e vamos as três até um gabinete da Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental do hospital. Entramos no gabinete e pergunto à Ana se prefere que a sua filha fique com uma das enfermeiras mas responde que prefere entrar com ela. Coloco então a minha caixa de ludo à disposição da menina e começo a entrevista com a Ana.

Disponibilidade

Atenção

Protecção

Ψ- Ana Maria, gostaria que me contasse a sua experiência, sabendo que teve bulimia na adolescência...como foi vivida a sua maternidade?

Ana Maria - Eu tive anorexia dos 17 aos 21 anos. Sonhava em ser

magra, ter um corpo seco, sem gordura. Comecei por fazer pequenas restrições, comia muito pouco nalgumas refeições mas depois ficava frustrada porque mesmo comendo pouco não emagrecia nada! A bulimia surgiu assim, foi consequência de toda a irritação que sentia por não emagrecer, vingava-me e comia mais e mais, muito mesmo, mas só porcarias, bolos, doces...depois vomitava, bebia água quente para ajudar a vomitar. Descontrolei-me...estes hábitos começaram a ser cada vez mais frequentes e foi aí que me tornei uma verdadeira bulimica: triste, desesperada por emagrecer, sempre com raiva de tudo e de todos...principalmente de quem era magro. O mais impressionante é que nunca tive tendência de engordar e pesava naturalmente 60 quilos com 1,72 metro, o que é considerado normal. Mas me achava gorda, cheguei a pesar 49 quilos e ainda me achava gordinha.

Comecei então a trabalhar como modelo, mas não de moda e sim na área de publicidade. Fiz muitos trabalhos de lingerie. Actualmente faço muitos comerciais de televisão e fotos. Peso 57 e faço ginástica há 3 anos (tenho 25 atualmente).

Exercício Físico

Há um ano fiquei grávida desta coisinha mais fofa, a minha filhota! Ela é fruto de uma relação...um descuido (refere em tom baixo, certificando-se antes se a filha está a ouvir), o pai dela foi uma paixão de verão, uma coisa muito fugaz, aconteceu... Bom, mas quando soube que estava grávida fiquei radiante! Eu sempre quis ser mãe bem jovem, era um desejo muito grande, formar a minha família, uma família linda. A gravidez foi muito normal, muito tranquila. A fome aumentou e percebi que mesmo grávida quando comecei a ter vontade de comer tudo e a comer mesmo tudo o que me apetecia, no entanto, não engordei muito...acho que apenas uns 14 kg. Embora a bulimia já estivesse controlada tive sempre cuidado com o meu corpo e o período da gravidez foi especial por isso...era sempre aquela coisa "ah, vou comer, estou grávida..." mas depois tinha medo de ficar muito gorda...tentava controlar-me! Deixei de trabalhar logo quando a barriguinha começou a crescer, fiquei em casa a tratar de mim. Fiz bastante exercício também, o que acho que ajudou! Quando ela nasceu foi a felicidade completa! Nasceu bem pequeninha e para mim nada mais

Protecção

Gravidez
desejada mas
não planeada

Preocupação
com as altera-
ções corporais
Exercício Físico

importava do que ter a minha filha saudável e perfeita nos braços! Bem, a recuperação do corpo começou a afectar-me quando percebi que poderia voltar a fazer dieta. Enquanto a tive dentro de mim sabia que tinha de me cuidar mas quando ela nasceu pensei: “E agora, vai ficar assim?”. Não!...comecei então a batalhar na dieta! As refeições em casa começaram a ser bem lights! A minha mãe aparecia de manhã para ficar com a menina quando eu ia trabalhar e logo me enchia o frigorífico com leite, carne, peixe, cozinhava muito arroz e massa para o jantar e eu nunca comia porque sabia que, para o meu trabalho e para me sentir bem, teria de emagrecer. As horas de refeições começaram a ser apenas importantes para a minha filhota, ela sim, eu tinha de alimentar! Acho que é importante para ela crescer saudável mas também não quero que seja daquelas bebés gordinhas, cheias de rugas, sabe? Esses bebés serão certamente crianças obesas e isso não é saudável. Aqui em casa a minha filha vai aprender a se alimentar e a praticar desporto, talvez seja modelo como a mãe um dia, talvez possa até desfilhar, coisa que eu não posso porque nunca consegui atingir o peso que as manequins têm...

Preocupação
com a criança

Dieta após o parto

Preocupação
com a criança

Idealização
Projectção

Ψ E como se foi construindo a sua relação com ela?

Ana Maria- A minha relação com a minha filha foi sempre boa...claro que ser mãe solteira não é fácil mas com o apoio da minha mãe e irmã ficou mais fácil. Acho que andei um pouquinho chata naqueles primeiros 6 meses, foi a pior altura para mim porque precisava estar bem para trabalhar mas ao mesmo tempo andei um pouquinho zangada, agitada...era também por causa do corpo, confesso! A bulimia já estava tratada e não voltei a vomitar mas tinha sempre aquela sensação de estar gorda e feia, o meu trabalho exige um corpo bonito, sabe como é. Mas então...eu acho que sempre fui exigente comigo mesma. Durante esse período voltei a consultar o meu psicólogo mas depois com as despesas todas com a bebé tive de deixar mas também passei a senti-me melhor.

Alteração do humor

Apoio/suporte

Ψ- Dizia que andava zangada, agitada...de que modo isso se reflectia no seu dia a dia ou na relação com a bebé?

Ana Maria – Bem...andava sem paciência para nada...não me apetecia sair de casa, não me apetecia levantar da cama, andava mole! Só me levantava porque tinha a bebé a chorar com fome ou para mudar a fralda, depois quando tinha de sair também era logo uma confusão porque tinha de levar sacos e mais sacos e fraldas e depois nada do que vestia me ficava bem, um horror! No entanto acho que estava era mesmo chateada comigo mesma, com o querer ser perfeita! Queria ser uma grávida bonita, queria ser uma boa mãe para a minha filhota, queria continuar a ser uma mulher atraente, queria continuar a ser chamada para os trabalhos de moda...mas depois não voltei a posar de lingerie, pode ser que um dia volte...mas com a minha filha não era bem exigente, coitadinha...ela é tão pequenina! Acho que tinha era uma grande preocupação, como dizia, ela ficava com a minha mãe quando eu ia trabalhar, como fica ainda, e eu tenho sempre aquela coisa de estar sempre a ligar, sempre que posso, para saber se está bem, se comeu bem...eu quero que ela seja saudável e feliz, acima de tudo muito feliz! Acho que apesar desta doença me ter afectado, de ter ocupado tanto espaço na minha vida, consegui acordar a tempo de ver a minha filha crescer e transformar-se numa mulher...Se me tivesse deixado cair com a gravidez talvez não estivesse disponível emocionalmente para viver esta fase da minha vida que é sem dúvida a mais feliz, apesar de tudo...

Exigência

Preocupação com a criança

Disponibilidade emocional

Ψ Apesar de tudo...?

Ana Maria - Sim, apesar de por vezes me sentir frágil e estar ainda vulnerável, mas acho que isso também se deve à exposição do meu corpo, é com ele que eu trabalho! Mas mesmo assim, como dizia, acho que consigo ser uma boa mãe para a minha filha, passo bons momentos com ela e preocupo-me com a sua saúde, até porque é menina, temos de ter cuidado...não quero que ela passe pelo mesmo que a mãe! Eu espero que tudo corra pelo melhor para a minha filha, que ela seja muito, muito feliz! Enquanto eu existir vou fazer de tudo para que isso aconteça, vou trabalhar muito para lhe dar tudo o que merece. Ela agora ainda é muito pequenina mas quando começar a crescer sei que é possível também vir a ter estes

Fragilidade

Preocupação com a criança

problemas...cada vez mais se querem pessoas magras e perfeitas. Mas Projecção para mim ela é perfeita e é isso que lhe vou sempre transmitir.

Ψ- Entretanto a sua filha já tem um ano de idade, contava-me como viveu os primeiros seis meses e agora, como é que vive esta fase?

Ana Maria - Agora a minha filhota já começa a mostrar a sua personalidade que por sinal é bem forte! Passamos muito tempo juntas, todo o tempo livre que tenho é para ela! Decidi falar com a agência para a qual trabalho e fiz um acordo para trabalhos apenas nacionais para não ter que me estar a deslocar para o estrangeiro e deixá-la cá. Eu sei que ela fica bem com a minha mãe mas eu quero passar todo o tempo que puder com ela. A maternidade é sem dúvida uma experiencia muito importante e especial na vida de uma mulher, de uma mudança enorme...às vezes penso que não sei como há pessoas que maltratam os filhos e que os abandonam. A Ritinha é a minha vida, saiu aqui de dentro de mim, cresceu dentro de mim. Foi quando a Ritinha nasceu que soube que nasci para ser mãe, para dar o meu amor a esta princesa, para a amar incondicionalmente. Perguntava-me como eu sentia a maternidade...é simplesmente a melhor fase da minha vida! Estou absorvida pela Ritinha, sinto que ela é capaz de mudar todos os meus pontos negativos e torná-los positivos. Não há nada que eu não adore em ser mãe. As alterações físicas, o ganho de peso...sim, foi importante e difícil mas...penso que quando nasce um ser de dentro de nós tudo isso perde valor.

Disponibilidade

Disponibilidade emocional

Mudança

Amor pelo bebé

Eu gostaria que as pessoas com problemas de bulimia pensassem como eu penso hoje, que já é uma dádiva de Deus os nossos bebés nascerem perfeitos, com pernas e braços e com capacidade de pensar. Ser bonito e apenas um brinde! E o que desejo para a minha filha é que seja sempre saudável. Se vier bonito vai ser um brinde de Deus.

Com exercícios, as pessoas conseguem um corpo maravilhoso e uma cabeça mais tranquila. É comprovado por profissionais que pode se fazer uma dieta sim, mas devagar e com acompanhamento, com nutrientes necessários que o corpo e a mente precisam. Acho que pessoas com esse problema não estão esclarecidas e informadas e também sofrem de mais uma doença, muito seria, chamada ansiedade. Querem emagrecer

rapidamente o que leva a muitas reações negativas.

Entrevista 3

Nome: Inês, 29 anos, casada, mãe de um menino de 1 ano e meio.

Início da anorexia aos 15 anos e Bulimia aos 20

Em acompanhamento desde os 17 anos.

A Inês entrou em contacto comigo por telefone depois de ter tido conhecimento do estudo que estava a realizar. O seu telefonema transpareceu uma voz assustada e insegura. Combinamos um encontro para o dia seguinte, no Hospital de Santa Maria, local onde continua a ser acompanhada actualmente. Encontramo-nos à entrada da Consula Externa de Psiquiatria e Saúde Mental. A Inês é uma mulher de estatura

média, bonita e muito bem arranjada. No seu rosto uns grandes óculos de sol escondem os olhos com olheiras fundas que, ainda que disfarçados pela maquiagem, deixam transparecer as marcas do rimel borrado, parece que esteve a chorar antes de vir. Entramos num gabinete e peço que se coloque à vontade. A Inês senta-se com a mala no colo, numa posição muito insegura. Sento-me à sua frente e a Inês começa a falar entre suspiros e lágrimas: “Sei que está a fazer um estudo sobre a maternidade em anoréticas e bulímicas...eu pensei muito antes de vir porque me custa muito falar disto mas depois pensei que também é uma forma de dar a conhecer a minha experiência...não é que me orgulhe de nada mas...o que é que eu devo mesmo falar?”

Choro

Insegurança

Ψ- Gostava que me contasse um bocadinho da sua história, já me disse que sofre de bulimia há muitos anos e que começou por ser anorética, tem agora um filho com um ano e meio..como viveu essas alterações, o nascimento do seu filho, enfim, como sentiu a maternidade?

Inês - Talvez seja mais fácil começar pelo início da minha doença então...eu sempre fui um bocado maria rapaz, ao mesmo tempo dei trabalho porque fui muito mimada, tudo o que queria tinha de ter, era sempre a primeira a ter a boneca nova, a roupa que estava mais na moda. Fui-me construindo assim, exigente, teimosa...Sou teimosa ainda hoje mas comigo mesma, dos outros já não exijo tanto. Bom, já na minha adolescência comecei a ter problemas...surgiu assim a anorexia, era aquela exigência de ser como as outras, melhor que as outras! Fui-me tornando mais feminina mas sempre muito complexada, não gostava de nada em mim. A bulimia foi surgindo do mesmo modo, quase como uma resposta para a minha fraqueza. Casei depois com um colega de faculdade. O nosso casamento é feliz mas eu sei que esta questão da doença abala muito o meu marido. Não é fácil para um homem estar com uma mulher doente, que não consegue sequer olhar-se nua ao espelho e depois é a própria intimidade que fica em risco. Eu sentia-me péssima companhia, eu sentia uma grande dor, quase física. Bom, a gravidez não foi planeada, eu não queria ter filhos, não era não querer (choro)...eu não estava preparada, como é que eu posso tratar do meu bebé se nem de

Perfeccionismo

Gravidez não planeada nem desejada

Choro

mim eu sei tratar? Soube que estava grávida porque comecei a notar a falta da menstruação...nunca pensei que poderia engravidar, eu na adolescência tinha perdido a menstruação mas depois voltou quando comecei a ser acompanhada e medicada...eu também tomava a pilula mas segundo o médico foi algum medicamento que tomava que me cortou o efeito. Bom, quando soube foi um choque...eu não podia ter um filho, eu não podia...eu queria ter um filho mas queria estar saudável para o criar, mas esta maldita doença dá cabo de mim e eu (choro)...eu não podia! Nessa manhã, quando soube, fui para casa e chorei muito...foi um choque enorme, uma dor muito grande. Eu só pensava “Mas porque é que isto me está a acontecer, porquê eu, eu estou doente e não posso ter este bebé!”. Tive de contar ao meu marido, eu sabia que ele queria muito este filho. Conte-ihe nessa noite e ele ficou radiante, muito feliz. Ao mesmo tempo, percebeu que eu estava a sofrer e só me dizia que ia ficar tudo bem. Com o passar dos meses, e continuando a ser assistida aqui no Hospital de Santa Maria, fui pensando com mais calma na minha gravidez. Tive de pensar que tinha uma criança dentro de mim que precisava de um corpo forte para crescer saudável mas era tudo confuso, uma grande contradição...era só eu olhar o meu corpo nu no espelho para chorar e chorar..eu sentia tanta vergonha, tando medo, uma angústia enorme. Era a minha barriga a crescer e toda a gente de volta de mim, ai!! Eu não conseguia comer, voltaram então os sintomas da anorexia, eu não conseguia comer e isso irritava-me tanto, eu chorava, ficava triste, depressiva! Eu sofria muito porque não conseguia comer mesmo sabendo que tinha um ser dentro de mim.

Confusão

Choque

Apoio/suporte

Confusão

Vergonha

Revolta

Angústia

Medo

Tristeza

Ψ E o que sentia pelo bebé que estava a crescer dentro de si?

Inês - (Silêncio)...Eu tinha medo...eu na altura gostava que tudo não passasse de um pesadelo, que eu estivesse a sonhar, não queria estar grávida. Passei muito mal a gravidez, engordei menos do que o normal, talvez uns 10 kg, o meu bebé nasceu antes do tempo, com 8 meses (choro) mas felizmente saudável. O meu marido esteve sempre do meu lado, tentava que eu comesse mas eu estava numa depressão muito

Medo

Fuga

Apoio/suporte

funda...depois do nascimento do Rafael voltei a vomitar. Passava os dias na cama, chorava, berrava. Foi o meu marido que cuidou do meu filho nos primeiros 2 meses, eu estava mesmo muito mal. Eu dei de mamar ao Rafael ainda durante os primeiros 3 meses mas...eu até tinha medo de olhar para ele. Quando ele chorava eu sentia que estava a chorar porque eu era uma má mãe, porque não o quis e porque sentia...(silêncio)...sentia que se não o tivesse tido não teria de voltar a estar doente. O Rafael sempre foi um bebé saudável, graças a Deus, embora eu me tenha portado muito mal...ele nasceu bem e é saudável. Eu não me iria perdoar se o meu filho viesse deficiente ou doente...

Afastamento emocional do bebé
Incapacidade de dar uma existência real do bebé
Desespero

Ψ E com o passar do tempo, como foi construindo a vossa relação?

Inês - Foi complicado...eu estava com uma depressão, como disse, aproximar-me do Rafael era doloroso, não o conseguia olhar, desatava a chorar cada vez que me aproximava mas não percebia o porquê...

Afastamento emocional do bebé

Ψ Talvez olhá-lo lhe fosse difícil porque seria o confrontar-se com os sentimentos negativos que sentiu durante a gravidez, o desejo de não ter o bebé...

Inês - Sim...eu tinha vergonha, acho que era isso. Era como se ele olhasse para mim e percebesse que eu não o queria, que chorei e sofri quando soube que o ia ter. Mas depois, com o tempo e a terapia, fui aprendendo a cuidar dele. Nunca consegui deixar esta doença, aliás, já nem sei bem do que sofro...já é anorexia, bulimia, depressão, ataques de pânico...enfim. Embora continuasse centrada no meu corpo que continuei e continuo a odiar, que não consigo sequer olhar...eu fui aprendendo a cuidar e olhar o meu filho. Os primeiros tempos foram muito difíceis. Como dizia, até ao terceiro mês, por volta disso, era o meu marido que tratava dele, com a ajuda da minha cunhada e da minha sogra. Isso era uma coisa que também me magoava muito! Pensar que a família do meu marido falava mal de mim, que me criticava...eles não sabem o que sofri! Depois, o meu marido incentivou-me a tentar passar mais tempo com o Rafael, acho que ele procurou mesmo situações em que eu ficasse

Vergonha
Aprendizagem
Repulsa pela alteração corporal
Afastamento emocional da

sozinha com o menino para me aproximar dele. Nesses momentos...doía tudo dentro de mim, sentia-me impotente para tomar conta dele. Lembro-me de uma situação...estava na hora do almoço do Rafael e...o meu marido tinha deixado tudo pronto, o leite, a medida do leite...essa foi a primeira vez que peguei o Rafael para lhe dar o leite sozinho, sem ninguém por perto. Lembro-me que comecei a ficar muito nervosa, quando lhe dava o leite sentia tudo a revirar-se dentro de mim, um enjoo enorme. Fiz um grande esforço para terminar de lhe dar o leite mas ele começou a chorar e não parava...eu comecei a ficar também cada vez mais nervosa, não sei...tive de ligar à minha mãe para que ela fosse acalmar o menino. Ela tentou acalmar-me e disse que talvez o menino me tenha sentido tensa, que essas coisas acontecem mas...eu senti-me tão frustrada! Hoje, passados quase 2 anos desde o nascimento do Rafael, eu já não existo sem ele. Tem sido uma dura batalha, continuo a ser seguida por causa deste maldito complexo com o corpo que me faz viver sempre em sobressalto. Por outro lado, ter o Rafael é como ter uma razão para viver. No início, quando fiquei grávida, pensei que seria um castigo, era uma coisa muito dolorosa, eu pensava apenas que Deus me estava a castigar por maltratar tanto o meu corpo, depois percebi que em vez de me castigar Deus estava a querer dar-me talvez um motivo para eu largar esta vida horrorosa sem sentido, eu tive de aprender a pensar no Rafael e não apenas em mim e isso não foi só durante a gravidez...também depois do seu nascimento mesmo sabendo que poderia voltar a fazer dieta ou a vomitar, eu pensava nele, tinha de pensar que o meu filho precisava de uma mãe que cuidasse dele, que o amasse.

criança
Preocupação
com os outros
Disponibilidade
emocional
Sentimento de
impotência
Alteração do
humor
Luta
Razão para
viver
Castigo

Ψ E conseguiu pensar nele, cuidar do Rafael?

Inês - O Rafael agora já tem quase 2 anos...olho para trás e recordo tudo com muita vergonha, meu Deus...Mas acho que sim...comecei a passar mais tempo com ele, comecei também a frequentar aulas de ginástica com uma amiga o que me ajudou a espairecer um pouco, comecei a investir mais no tempo que passava com o meu filho, nas refeições, no banho, coisas que no início eram impensáveis para mim, tão

fundo era o buraco em que me sentia. O primeiro banho que lhe dei foi emocionante, tinha ele cerca de 6 meses ou 7, nunca tinha olhado para ele assim, daquela maneira, e ele estava tão feliz! Parecia que estava feliz porque tinha a mãe com ele...eu emocionei-me muito. Agora, passado este tempo quase 2 anos, não posso dizer que esta doença está curada porque sei que isso seria mentir a mim mesma. Continuo muito frágil e ainda tenho uma auto-estima muito baixa mas já consigo controlar aquelas crises de comer tudo e mais alguma coisa e também os momentos de jejum que eram muito frequentes. Eu amo o meu filho mais do que qualquer outra coisa no mundo e o que nos une é algo muito forte, uma coisa única. Neste momento é a anorexia que ainda me assusta, a bulimia está controlada...e não quer dizer que a anorexia não esteja mas...(silêncio)...ainda há momentos que me vejo ao espelho e me sinto tão gorda, tão...mas depois fecho os olhos, penso no Rafael e no meu marido, por eles eu tenho de estar bem. Mas custa muito!

Vergonha

Disponibilida-
de emocional

Dedicação

Empatia

Fragilidade

Entrevista 4

Catarina, 36 anos, Casada

Mãe de um rapaz de 12 anos e uma rapariga de 9.

Anorexia desde os 17 anos.

Acompanhada desde os 26 anos

A entrevista com a Catarina não foi fácil de marcar. Combinámos encontrarmo-nos num local perto da casa dela. A Catarina chegou pouco tempo depois da hora marcada, ofegante, porque tinha ido deixar os filhos à natação. Seguimos então para um café muito calmo e quase sem movimento, o mesmo que ela costuma frequentar aos Domingos com a família. Escolhemos uma mesa e a Catarina começa por justificar a falta de tempo, dizendo que tem apenas uma hora porque tem de ir buscar os filhos: “Sabe como são as crianças, se a mãe não está lá para os trazer para casa é bem possível virem com a primeira pessoa que lhes oferecer um gelado!”. Começamos então a entrevista.

Preocupação
com a criança

Ψ – Sei que sofreu de anorexia na sua adolescência e que actualmente é mãe. Como viveu e sentiu a maternidade?

Catarina - Bem, a minha família foi sempre muito tradicional, qualquer tipo de ternura ou qualquer outro sentimento era reprimido e acho que foi isso que aconteceu também com a minha sexualidade, eu tinha uma imagem muito negativa da sexualidade, acho que foi porque nunca me tinha preparado para ela, nem para os namoros normais da adolescência, tinha uma imagem muito negativa de tudo isso, no entanto a maternidade foi algo com que sempre sonhei. A minha anorexia começou quando entrei no segundo ano de uma escola de freiras, tinha então cerca de 17 anos. Tal como a minha família esta era também uma escola muito reservada, religiosa. Vivi então um ano muito difícil. Como não me conseguia adaptar, estava infeliz... Começaram a julgar-me como uma má influência e então tudo degenerou. Comecei a comer de modo muito compulsivo, oscilando entre crises de anorexia ou de bulimia, ligadas às minhas euforias ou depressões. Quando fiz dezanove anos deixei a casa de meus pais para viver sozinha. A anorexia instalou-se verdadeiramente

Maternidade
desejada

aí... Oscilei por algum tempo entre a bulimia e a anorexia... durante uns 3 anos mas sempre preferindo a anorexia! Acho que ninguém conhecia meu problema. Eu não tinha amigos, estava longe da minha família que não queria sequer ouvir falar de mim. Quanto mais desprezada me sentia mais comia mas depois passava dias com uma maçã ou um iogurte. A convite de uma colega de trabalho emigrei para Inglaterra, pensei que talvez lá pudesse esquecer a minha família e tudo isto e foi o que aconteceu...foi lá que refiz a minha vida, encontrei um novo amor, casei e fui feliz... Casei com o meu actual companheiro e tivemos o nosso primeiro filho pouco tempo depois, faz agora 12 anos! Foi com o meu marido que aprendi a aceitar o meu corpo, ele sabe de todo o meu passado e no início da nossa relação eu ainda tinha crises de choro e de gritos e tudo mas aprendi a deixar de me culpar e desse modo consegui aprender a aceitar que posso errar, que errei mas que poderia mudar e ser feliz.

Abandono emocional

Salvação

Quanto à maternidade...bem, acho que foi mesmo a minha salvação. Eu sempre fui uma pessoa muito sozinha, triste, depressiva. Com todo o passado marcado pela anorexia eu só pensava que nunca mais ia voltar a ser normal, eu chegava mesmo a pensar que não seria fértil embora nunca tivesse deixado de ter a menstruação. Bom, mas eu estava fraca, doente, mesmo com um marido maravilhoso que me amava e apoiava sentia que ainda faltava alguma coisa. A gravidez aconteceu, não foi planeada mas eu queria muito, muito ser mãe! Quando soube que iria ser mãe foi um misto de sensações...

Medo de infertilidade

Gravidez não planeada

Gravidez desejada

Ψ- O que sentiu?

Catarina - Por um lado estava muito feliz mas por outro tive muito medo! Tive medo porque pensei no meu estado de saúde, principalmente nas minhas alterações de humor, na depressão, e também pensei naquilo que acontece às grávidas que é uma fome devoradora...bom, inevitavelmente isso fazia-me pensar e lembrar a bulimia. Quando comecei a ver a minha barriga crescer, aí sim....foi um choque. Eu estava habituada a ter pouco peso desde a adolescência, era uma mulher magra

Confusão

Medo

Preocupação com alterações

e de repende...um barrigão!!! Comecei a ver as alterações na barriga e corporais até achava giro, era engraçado mas depois não era só a barriga...era aquela gordura toda nas pernas, nos braços... Era assim que me sentia...gooooorrrdaaaa!!! Bom, nesta altura foi complicado mas também nunca comentei nada com ninguém porque não queria que me interpretassem mal!

Ψ- Interpretar mal?

Catarina - Sim...então...se eu chegasse ao meu marido e dissesse que estava preocupada com o peso que estava a ganhar, que me achava gorda ele ainda pensava que eu não estava bem, que estava a pensar no que não devia. Mas com o parto tudo se resolveu...o João nasceu bem e eu esqueci se estava gorda ou não, bem...também fiquei aliviada porque isso já não era problema, com o parto iam-se os quilos a mais certamente! Mas cá dentro...

Preocupação
com a opinião
dos outros

Ψ- O que é que acontecia interiormente?

Catarina - Interiormente eu sentia-me muito...disforme? Sim, acho que me sentia disforme, feia. Passei ainda um bom tempo sem qualquer tipo de intimidade com o meu marido... eu queria estar bem fisicamente, precisava disso para voltar a estar com ele e também com o meu filho.

Preocupação
com as altera-
ções corporais

Ψ- Sentiu que esse mal estar afectasse a relação com o seu filho?

Catarina - Penso que...bem, talvez... Isto era uma coisa muito minha, eu amava o meu bebé e por ele fazia tudo de novo mas..claro que a parte estética não é muito agradável mas o que fazer! As alterações físicas são normais na gravidez, eu tinha de engordar para ele se formar dentro de mim. Ainda que eu me preocupasse com o meu corpo o meu foco de atenção era só e apenas o meu filho. Eu só queria que ele nascesse saudável, que crescesse bem...Depois, quando ele tinha já cerca de 1 ano, aí voltei às dietas. Tive muito medo de voltar a ter crises de bulimia ou de deixar de comer como fazia na fase da anorexia mas eu estava tão

Amor pelo bebé

Preocupação
com a criança

Amor pelo bebé

concentrada no meu filho que nada mais existia para mim. Fiquei mesmo apaixonada por ele...era como se eu lhe tivesse dar toda a felicidade do mundo, todo o apoio, incluindo aquele que não tive como filha. Eu queria estar bem e saudável para tratar do meu filho, para o amar. No entanto, cerca de dois meses após o nascimento do João eu comecei a ficar novamente muito nervosa, irritada, comecei a comer muito novamente, a comer às escondidas...acho que não foi mais do que o regresso da depressão, eu estava em casa, não trabalhava, sentia-me muito sozinha, como o bebé era ainda pequenino passava o tempo todo a dormir e eu senti-me um bocado entediada...

Dedicação

Retorno dos sintomas

Tédio

Ψ Porquê entediada?

Catarina - Não...quer dizer, ele estava sempre a dormir! Mas depois, conforme foi crescendo, fui aprendendo a aproveitar o meu tempo com ele. Acho que me fui adaptando à maternidade. Aos poucos fui aprendendo a cozinhar para ele (até então era o meu marido ou a empregada que cozinham tudo lá em casa!), inscrevemo-nos em aulas de natação juntos, aos Domingos habituamo-nos sempre a fazer passeios pelo jardim...acho que foi mesmo a minha salvação! Acompanhei todo o crescimento do João, acho que me tornei uma mãe galinha...Eu sentia-me mal no meu corpo, é verdade, mas não era uma coisa obsessiva como acontece com muitas mulheres... Eu sabia que tinha de estar ali para o meu filho por isso organizava o meu tempo nesse sentido. Passávamos muito tempo juntos e eu dediquei-me muito a este bebé, também era o primeiro, é aquela coisa...Querida dar-lhe tudo do bom e do melhor! É como digo...aquilo que sentia em relação ao meu corpo era algo à parte, eu fazia mesmo questão que assim fosse. Sabia que se desse muita importância ia acabar por ficar paranóica e aí..aí quem mais sofria era o meu filho com a minha ausência.

Dedicação

Participação nas actividades

Equilíbrio

Ψ - Contava-me como foram esses primeiros meses, o primeiro ano...Chegamos a esquecermo-nos que o João tem hoje 12 anos.

Catarina – Ah, sim...12 anos de puro mimo! Eu não sei...mas devo tê-lo mimado demais! O João é um miúdo amoroso, muito agradável mas é tão menino da mamã... Eu também sempre o protegi demais. Às vezes temos tendência a ser muito protectoras no que toca ao primeiro filho, eu não fui excepção à regra! Ele é de facto um óptimo aluno, muito educado mas eu também dediquei-lhe muito tempo... No início, como dizia, passamos por uma fase mais complicada porque tive de me habituar e moldar a tudo mas com o passar do tempo as coisas foram-se organizando. Eu adoro passar o tempo que tenho disponível com os meus filhos, gosto de participar nas suas actividades, de ser uma boa amiga para eles, gosto de sentir que me porto bem e que tomo conta de mim para eles terem uma mãe feliz e presente!

Protecção

Dedicação

Ψ E com a sua filha, como viveu essa segunda maternidade?

Mudança

Catarina – Ah...com a Maria então foi perfeito! Esta primeira gravidez foi mais tensa do que a da minha filha... Não sei se por ser o primeiro filho mas eu estava muito nervosa, tensa... acho que a maternidade me mudou muito enquanto mulher.

Penso que apenas encontrei o verdadeiro equilíbrio depois do nascimento da minha filha...só agora, 9 anos depois do nascimento da Maria, é que me sinto a 100%, talvez por pensar que não quero ter mais! Sentia que depois do nascimento dos meus filhos..era como se estivesse completa, como se tivesse uma razão para existir. Pensei muitas vezes e falei até com o meu psiquiatra que a minha relação com a comida deveria estar ligada ao desejo de ser mãe...é como se aquilo que queriam reprimir em mim, a sexualidade e a intimidade se expressasse pela comida, um desejo intenso de comer, de me sentir cheia! Mas com o nascimento dos meus filhos tudo mudou, tornei-me uma pessoa tão mais feliz, confiante! Agora eu sinto-me completamente livre em relação à comida, apesar de continuar bem gulosa. Jamais voltarei a ser bulímica, enquanto durar este apreço pela felicidade...

Equilíbrio

Ψ Dizia que viveu uma maternidade diferente depois do nascimento da

Maria, como é que foi?

Catarina - Bem...Já era a minha segunda gravidez, já tinha mais estaleca, acho que como cresci muito com a gravidez do João, como me transformei como mulher e me senti tão completa quando foi da Maria foi tudo mais fácil, mais tranquilo. Aquilo que passei durante a gravidez com o João de olhar para a barriga e de me achar gorda já não aconteceu...na realidade engordei mais 5 kg da gravidez da Maria do que da do João mas sentia-me lindamente. O nascimento do João também fortaleceu muito o meu casamento e isso ajudou a uma maior cumplicidade e companheirismo na segunda maternidade. A minha única preocupação foi continuar a estar presente para o João para ele não sentir ciúmes com o nascimento da irmã, queria e fiz tudo para que ele se sentisse sempre muito especial. Quando estava grávida da Maria fui muitas vezes à praia com o João, fomos comer muitos gelados e passámos ainda mais. Quando a Maria nasceu eu senti-me a mulher mais feliz do mundo! Era uma princesinha, tão bonita! Quando fui para casa dediquei-me a 100% aos meus filhos, sentia que o mundo podia desabar que eu ia estar ali para eles. As crises não voltaram a acontecer e a depressão ficou controlada desde então. Aprendi também a cozinhar, hoje sou a que cozinha mais e melhor lá em casa! Estou sempre muito atenta e preocupada com os meus filhos porque eles agora estão numa fase complicada, ele tem 12 e ela 9, ui, nem quero pensar! Acho que os meus filhos têm tudo para ser pessoas felizes e confiantes, pelo menos eu fiz tudo para que isso acontecesse!

Participação nas actividades

A maternidade mostra quais são os verdadeiros problemas e responsabilidades. Os filhos fazem-nos pensar e viver no aqui e agora. Agora vivo para eles e sempre preocupada com eles...se algum dia eles estiverem em risco eu sou a primeira a dar a minha vida por eles. Os problemas com a comida ficaram lá atrás, no passado.

Responsabilidades

Razão para viver

Anexo B

LISTA DE CATEGORIAS DAS ENTREVISTAS

E: (Entrevista Número X, N° de Página)

1. Abandono emocional (**E1**, P3, P4; **E4**, P2)
2. Aceitação (**E1**, P2, P3)
3. Afastamento emocional do bebê (**E1**, P2, P5; **E3**, P3, P4)
4. Alteração do Humor (**E1**, P3, P4; **E2**, P3, E3, P4)
5. Alívio (**E1**, P3)
6. Ambivalência (**E1**, P4)
7. Amor pelo bebê (**E1**, P3; **E2**, P5; **E4**, P3)
8. Angústia (**E1**, P2; **E3**, P2)
9. Apoio/suporte (**E1**, P3; **E2**, P3; **E3**, P2, P3)
10. Aprendizagem (**E3**, P4)
11. Atenção (**E2**, P1)
12. Castigo (**E3**, P4)
13. Choque (**E3**, P2)
14. Choro (**E1**, P4; **E3**, P1, P2)

15. Confusão (**E1**, P1, P2, P5; **E3**, P2; **E4**, P2)
16. Culpa (**E1**, P4)
17. Dedicção (**E1**, P2, P4, P5; **E3**, P5; **E4**, P3, P4)
18. Desespero (**E1**, P1, P2; **E3**, P3)
19. Dieta após o parto (**E2**, P2)
20. Disponibilidade (**E1**, P4; **E2**, P1, P4)
21. Disponibilidade emocional (**E2**, P4; **E3**, P4, P5)
22. Empatia (**E3**, P5)
23. Equilíbrio (**E4**, P4, P5)
24. Exercício Físico (**E1**, P3, P4; **E2**, P2)
25. Exigência (**E2**, P3)
26. Fragilidade (**E2**, P4; **E3**, P5)
27. Fuga (**E3**, P3)
28. Gravidez desejada (**E1**, P1; **E2**, P2, **E4**, P2)
29. Gravidez não desejada (**E3**, P2)
30. Gravidez não planeada (**E2**, P2; **E3**, P2; **E4**, P2,)
31. Idealização (**E2**, P3)
32. Incapacidade de dar uma existência real ao bebé (**E1**, P5; **E3**, P3)
33. Insegurança (**E3**, P1)
34. Luta (**E3**, P4)
35. Maternidade desejada (**E4**, P1)
36. Medo (**E3**, P2, P3; **E4**, P2)
37. Medo de Infertilidade (**E4**, P2)
38. Mudança (desejo de) (**E1**, P1; **E2**, P4; **E4**, P5)
39. Participação nas actividades (**E4**, P4, P6)
40. Perfeccionismo (**E1**, P1; **E3**, P2)
41. Preocupação com a criança (**E1**, P2, P3; **E2**, P2, P3, P4; **E4**, P1, P3, P6)
42. Preocupação com as alterações corporais (**E1**, P3; **E2**, P2; **E4**, P2, P3, P5)
43. Preocupação com a opinião dos outros (**E3**, P4; **E4**, P3)
44. Projecção (**E2**, P3, P4)
45. Protecção (**E1**, P6; **E2**, P2, P2; **E4**, P4)
46. Razão para viver (**E3**, P4; **E4**, P6)
47. Repulsa pela alteração corporal (**E1**, P2; **E3**, P4)

- 48. Responsabilidades (**E4**, P6)
- 49. Retorno dos sintomas (**E4**, P4)
- 50. Revolta (**E3**, P2)
- 51. Salvação (**E4**, P2)
- 52. Sentimento de abandono (**E1**, P2)
- 53. Sentimento de impotência (**E3**, P4)
- 54. Tédio (**E4**, P4)
- 55. Tristeza (**E1**, P4, P5; **E3**, P2)
- 56. Vergonha (**E3**, P2, P3, P5)

Anexo C

MEMORANDOS

1. Abandono emocional (E1, P3, P4; E4, P2)

O abandono emocional aparece através de sentimentos como a indisponibilidade, falta de paciência, o distanciamento ou o humor deprimido. A principal causa ou motivo

desencadeante deste abandono parece ser a **preocupação com as alterações corporais** que, nestas mulheres, exercem um peso elevado durante o período da maternidade. O pensar o bebé, antes do seu nascimento, e a interacção com o mesmo após o parto são dois momentos de extrema importância que permitirão o desenvolvimento da empatia e do vínculo mãe/bebé. Quando nos referimos a mulheres com anorexia ou bulimia remetemo-nos invariavelmente para mulheres com uma baixa auto-estima, centradas em si mesmas e, em consequência disso, desligadas e isoladas do mundo exterior. Quando uma destas mulheres fica grávida parece que há uma impossibilidade de pensar o bebé, a aceitação da maternidade parece estar muitas vezes mascarada por um sentimento de **insegurança** e, do mesmo modo, verifica-se uma falta de **disponibilidade emocional** que conduz a uma **incapacidade de dar uma existência real ao bebé**. Deste modo, durante a gravidez (e até início da maternidade), há um distanciamento emocional da criança que é sentida apenas como parte do seu corpo, não parece existir a separação do corpo materno do corpo do bebé. O abandono emocional é sentido também a nível dos cuidados maternos, após o parto. Quanto maior é a preocupação destas mulheres relativamente ao corpo mair parece ser o **distanciamento** e **abandono** emocional.

2. Aceitação (E1, P2, P3)

A maternidade, ainda quando não planeada, parece ser aceite por estas mulheres. O **medo** e o **choque** que parecem sentir inicialmente dá lugar a uma acalmia e a um maior **equilíbrio** quando a mulher começa a sentir a criança dentro de si. Por outro lado, a aceitação é por vezes um processo lento, nem sempre se processa no início da maternidade, é importante que ocorra a par do reconhecimento da criança como um ser separado e dependente de si.

3. Afastamento emocional do bebé (E1, P2, P5; E3, P3, P4)

O **afastamento emocional da criança** parece acontecer em dois tempos distintos, primeiramente, aquando das primeiras **alterações corporais** durante a gravidez e, depois

do parto, relacionando-se com a preocupação em recuperar o peso anterior à gravidez. Este afastamento verifica-se nestas mulheres (cujo peso atribuído à imagem corporal é bastante elevado) mesmo naquelas que desejaram ter um filho e, principalmente, quando se trata da primeira experiência com a maternidade. Quando a mulher pensa e deseja ter um filho tende a atribuir a essa experiência sentimentos positivos como o amor pelo bebé, o desejo da maternidade. No entanto, quando falamos de mulheres que sofreram de anorexia ou bulimia, não podemos deixar de parte a questão corporal. O **afastamento emocional do bebé** acontece em consequência desta obsessão, a mulher encontra-se virada para si mesma, fechada nas suas preocupações e objectivos, não permitindo deste modo que seja criado o colo mental que se desejaria.

- Em que momento a mulher atribuiu uma **identidade própria ao bebé**? Parece-nos que nestas mulheres esta identidade só é possível de ser construída quando se propicia uma maior proximidade emocional do bebé, após o nascimento do mesmo, quando a mulher adquire a capacidade de o pensar e investe nele como um ser separado de si. Durante a gestação o bebé é sentido apenas como uma parte de si, não é um ser separado, com uma identidade. A maternidade revela-se enriquecedora neste sentido, permitindo que a mulher se descentre de si mesma, do seu corpo, para pensar o bebé como um outro, distinto e separado do seu corpo.

4. Alteração do Humor (E1, P3, P4; E2, P3)

O humor tende a revelar-se, nestas mulheres, ambivalente e instável. Esta instabilidade parece assemelhar-se à sentida pelas mulheres que sofrem de *baby blues* ou mesmo de depressão pós parto. Após o parto parece ser sentida uma grande falta de paciência e mesmo intolerância para as relações, o cuidado com a criança fica muitas vezes comprometido ou entregue a familiares. A relação com o parceiro acaba também por ir sofrendo alterações, principalmente no caso de mulheres que estão demasiadamente centradas na sua imagem corporal. A maternidade sofre as consequências destas **alterações de humor**, sentido-se uma maior afastamento ou proximidade da mãe para com a criança conforme o humor está mais ou menos deprimido. O **afastamento emocional do bebé** e o **abandono emocional** são as consequências que poderão ser sentidas caso a mulher se encontre menos disponível emocionalmente. No entanto, parece que a

preocupação com a criança acaba muitas vezes por vencer, podendo até mostrar-se motivadora para um **equilíbrio** do humor.

5. Alívio (E1, P3)

O alívio aparece ligado, ainda que de um modo não manifesto, ao **sentido de responsabilidade** pelo bem estar e **cuidado da criança**. Sendo frequente a prática de dietas restritivas e **exercício físico** excessivo durante a gravidez (e mesmo durante os primeiros meses após o parto), estas mulheres demonstram elevados níveis de ansiedade relativamente à saúde e aspecto físico da criança no momento do parto. Ainda que a restrição alimentar e a centração no peso esteja sempre presente e ocupe a maior parte dos seus pensamentos, o pensar o bebé e assumir-se como mãe parece revelar-se a partir destes pequenos promenores que se revelam muito importantes. No entanto, podemos pensar este sentimento de **alívio** não tanto dirigido para a criança mas para a própria mulher, isto é, esta poderá demonstrar este sentimento pois com o parto estará mais rapidamente disponível para recuperar o corpo anterior à gravidez. Por outro lado, saber que a **criança é saudável** poderá ir de encontro à elevada exigência e projecção que lhe direcciona.

6. Ambivalência (E1, P4)

A **ambivalência** é caracterizada pela presença simultânea de dois desejos, vontades ou atitudes contrárias. Aquilo que podemos observar quando analisamos os casos destas mulheres é que parece existir o desejo da maternidade mas, ao mesmo tempo, há algo que funciona no sentido contrário desta **motivação**. É esta força contrária que possibilita o crescimento e desenvolvimento da **ambivalência**, funcionando, muitas vezes, como um entrave ao processo da maternidade.

Por um lado, associada à maternidade em doentes com anorexia ou bulimia, temos os factores adversos internos: o **medo**, o desconhecido, as dúvidas, **insegurança** que conduzem a uma **desmotivação** e a uma não entrega na relação que se desejava próxima e positiva. Em última instância aparece a desistência e a negação do desejo.

A ambivalência é um sentimento que provoca **confusão, agitação e angústia**. Ainda que pensemos que este é um sentimento apenas associado a uma **gravidez não desejada ou planeada**, a verdade é que, se pensarmos no discurso de outras mulheres que desejaram a gravidez é algo muito susceptível de se sentir. Se não está associada apenas a casos de gravidez não desejada, qual o motivo do seu aparecimento? Parece que a ambivalência ocorre e é sentida por estas mulheres porque envolve uma série de sentimentos passados que são projectados no futuro. Deste modo, ao nos referirmos a mulheres que sofreram de **anorexia** ou **bulimia** (antes ou durante a gravidez, sendo este último caso o mais grave) é fácil entender qual a origem deste sentimento. A ambivalência parece então ocorrer quando a mulher começa a recordar o seu comportamento e as razões que a conduziram até ele. O corpo começa então a ser olhado e investido novamente ou, se não o é durante a gravidez, acaba por ser após o parto, quando já é possível fazer dietas restritivas e exercício físico com maior intensidade. O querer estar saudável e feliz confronta-se com os sentimentos negativos associados à gravidez; o corpo pesado, inchado, as **alterações do humor**, etc. É importante que exista aqui uma compreensão global do que é e exige a maternidade, isto é, é importante que a mulher se descentre de si mesma para dar lugar a um pensamento mais vasto onde possibilita um espaço e **disponibilidade** mental para a criança, assumindo este período como uma **mudança** necessária.

7. Amor pelo bebé (E1, P3; E2, P5; E4, P3)

O sentimento de **afecto e amor pelo bebé** parece revelar-se principalmente após o parto, quando a maternidade revela o seu expoente máximo. Este sentimento cresce e desenvolve-se a par da **aceitação** e da **disponibilidade emocional** para com a criança. Se durante a gestação é comum observarmos alguma **insegurança** e **distanciamento**, conduzindo a uma incapacidade de pensar o bebé, após o parto parece ser possível uma **mudança** essencial. A mulher passa então a assumir o seu papel de mãe, reconhecendo a criança como um ser individual, sentindo-se a sua **presença** e **disponibilidade emocional** na vida da mesma. Um maior **empenhamento** nas tarefas e **actividades com a criança** e uma maior **proximidade física e emocional** permitem a construção de uma relação segura e confiante para ambos. No entanto, uma questão se coloca: em que momento acontece a alteração de sentimentos? Quais os motivos inerentes à mudança? Será este afecto e amor pela criança um sentimento realmente genuíno nestas mulheres?

8. Angústia (E1, P2; E3, P2)

A **angústia**, assim como a **ambivalência**, vai conhecendo uma evolução e várias alterações ao longo do tempo. Sobre este sentimento poderemos referir que é talvez o que se mostra mais persistente e incómodo por ser provocado por sentimentos contraditórios. O desejo de ter uma criança, por um lado e o compromisso com o corpo, por outro, levam estas mães a viver um **conflito** constante. É a escolha entre o feminino e o materno uma vez que optar pela adoção de ambos lhes parece impossível.

9. Apoio/suporte (E1, P3; E2, P3; E3, P2, P3)

A necessidade de **apoio e suporte** toma várias formas ainda que se apresente de um modo muito subtil e mascarado. A ligação com os familiares ou companheiros parece ser muito importante para estas mulheres, especialmente neste período de **mudança** em que se encontram confusas e indecisas, tanto no que toca aos **cuidados a ter com o bebé** como no que respeita aos sentimentos relativamente à criança. O apoio familiar assume especial importância no momento mais depressivo, nos meses seguintes ao parto, em que a mulher retoma a sua vida social e **actividade física**. É interessante verificar como, embora expressem a necessidade e a importância da ajuda dos que as rodeiam, o pedido nunca é manifesto, antes, surge de um modo muito subtil e latente. Poderemos pensar que, inerente a este pedido de ajuda está também um sentimento de **insegurança**, de **inadequação**, estas mulheres poderão sentir-se vulneráveis aos olhos dos outros, o pedir ajuda pode ser sentido como o reconhecimento da **sua falta de disponibilidade ou como abandono emocional**. Talvez a exposição dos seus sentimentos seja sentida como humilhante e degradante, como se confirmassem o seu erro e a sua inadequação.

10. Aprendizagem (E3, P4)

A maternidade é vivida como uma aprendizagem. Durante todo o processo, desde o início da gravidez e ao longo de todo o crescimento e desenvolvimento da criança, a parentalidade é sentida e vivida como uma **aprendizagem**, especialmente quando se trata do primeiro filho. O cuidar da criança e o reconhecer as suas necessidades vai possibilitando o estabelecimento de uma relação única e essencial para ambos (mãe e bebê). Será talvez esta aprendizagem que possibilita que a mulher encare e assuma uma outra postura na sua vida, permitindo novas **prioridades** e um novo modo de estar. O estar com a criança e o viver um novo papel vai permitir que a mulher pense as suas atitudes, sendo esta uma experiência suficientemente motivadora para a adopção de práticas alimentares mais saudáveis e equilibradas e, ao mesmo tempo, a redifinição de valores e prioridades que, até ao momento, pareciam ainda um pouco **confusas ou ambivalentes**.

11. Atenção (E2, P1)

A **atenção e preocupação** são dois factores que caracterizam o comportamento destas mulheres enquanto mães. A parentalidade, ainda que possa ter sido dificultada no início devido a sentimentos como a **angústia** ou **afastamento emocional**, parece ser exercida de um modo muito mais positivo e **protector**. Verifica-se uma preocupação com o bem estar da criança, com o seu desenvolvimento e um empenhamento no que toca à sua **protecção**. A atenção sente-se especialmente na interacção entre mãe-filho, uma vez que, após todo o período de maior **confusão**, estas mães sentem uma enorme necessidade de participar na vida das crianças, estando **disponíveis** e presentes para elas.

13. Choque (E3, P2)

O choque acontece quando algo inesperado acontece. Para além de inesperado, o choque parece estar associado ao **medo** e à **insegurança** que o desconhecido provoca. Quando a anorexia ou a bulimia ainda se fazem sentir no corpo e mente de uma mulher a maternidade pode ser vivida e sentida como uma verdadeira tortura. Associado ao medo do desconhecido encontramos a insegurança e a **incapacidade de pensar a criança**. O corpo é sentido como algo com uma identidade própria, é aliás essa identidade que consome e

conduz a mulher para o abismo. Deste modo, a maternidade é sentida como um choque, uma vez que vai contra tudo aquilo que terá sido construído.

14. Choro (E1, P4; E3, P1, P2)

O choro surge como manifestação da dor e **confusão** que a maternidade parece instalar na vida destas mulheres. A **ambivalência** faz-se notar desde o primeiro contacto com elas, por um lado percebe-se a expressão angustiada, quase trémula pelo recordar a fase vivida com a anorexia ou bulimia, por outro verifica-se o desejo de separar esta vivência daquela que dizem ser a mais desejada, a maternidade. O choro aparece em momentos distintos: no recordar os tempos difíceis vividos com a doença, o lembrar o **isolamento** e o **abandono** a que se sujeitaram e, mais recente para todas elas, o confronto com desejos contraditórios como foram o **desejo de ser mãe** e o desejo de continuar fiel ao compromisso estabelecido com a doença da qual ainda lhes parece ser duro falar. O momento do choro propicia-nos a expressão dos **afectos** mais puros, menos envoltos num contacto socialmente aceite. O choro conduz-nos ao que de mais profundo existe nestas mulheres, a dor e o sofrimento que estão relacionados com a insegurança e o **medo** de não serem mães suficientemente capazes, de não saberem educar e criar os seus filhos e, acima de tudo, de voltarem a adoptar uma postura tão egoísta e egocêntrica que as afaste da criança.

15. Confusão (E1, P1, P2; E3, P2; E4, P2)

A maternidade revela-se uma experiência **confusa** e **ambivalente** nestas mulheres. Que variáveis concorrem para este sentimento? Antes de mais teremos de pensar em que circunstâncias estas mulheres engravidam. São mulheres com um passado sofrido, marcado pela anorexia ou bulimia e, por isso mesmo, com uma relação difícil com o corpo. Para além das alterações a nível do aspecto corporal existem também todas as mudanças a nível dos comportamentos, das rotinas. A **confusão** parece iniciar-se a par das primeiras **alterações corporais**, a mulher olha-se ao espelho e rejeita a sua imagem, o corpo que carrega o bebé, o mesmo que a criança necessita para se desenvolver. O desejo de manter o peso torna esta experiência **ambivalente**, por um lado há o desejo de ter o bebé, de cuidar dele e senti-lo dentro de si, por outro, o aumento de peso e todas as alterações que a gravidez implica

são temidas. Os sentimentos associados a esta fase são, portanto, contraditórios, de um lado encontramos o **desejo de mudança**, o **amor pela criança** e o **desejo de viver a maternidade** de um modo calmo e seguro. No extremo oposto, a mulher sente **repulsa pelo corpo**, há uma centração no corpo que a leva a fechar-se, não permitindo que se crie um espaço para pensar o bebé. A **confusão** parece manter-se até aos primeiros meses após o parto. A maternidade é exercida ainda que continuem a existir alguns fantasmas e **inseguranças**. No entanto, este sentimento de confusão parece ir-se atenuando com o passar do tempo. Poderá a interacção com a criança ser encorajadora para a **descentração da imagem corporal** e, conseqüentemente, conduzir a uma maior **dedicação e disponibilidade** para a criança? Na realidade a **confusão** parece desaparecer quando a mulher passa por este processo e se adapta ao seu novo papel de mãe.

16. Culpa (E1, P4)

A **culpa** impõe-se como elemento central no comportamento destas mulheres, o mesmo que vai tornar possível a reconstrução através da qual cada uma destas mulheres constrói um novo padrão relacional, um novo modo de estar e de sentir. A criação de um vínculo com a criança, seja ainda durante a gravidez ou após o parto, vai permitir o quebrar o afecto negativo que poderiam eventualmente atribuir à maternidade. O exercício da parentalidade, através da **participação nas actividades** da criança, da **projectão e idealização** vão desenvolver um sentimento de **culpa**. Qual será a origem da culpa? Parece que a culpa surge num momento em que uma maior **compreensão se torna possível**. O confronto com o bebé real, o experienciar o seu desenvolvimento e crescimento vão fazer a mulher reflectir e experimentar novas formas de se relacionar. Essa experiência conduz a uma **mudança** (cognitiva e afectiva e relacional). A possibilidade de construir algo novo, diferente do antigo. É aqui se permite a compreensão de **afectos** e pensamentos (cognição), suas ligações, relações, vivências passadas. Um maior auto-conhecimento torna-se também possível, assim como o aceder a algo que lhe era inconsciente (a sua relação com o corpo, com o materno mal resolvido em si), desenvolver capacidade de pensar para depois poder generalizar para outros problemas. Permite conhecer afectos, ligá-los a determinadas vivências, senti-los e vivê-los (**mudança** afectiva). Estas mudanças influenciam-se e sustentam-se umas às outras durante a maternidade.

O pensar e sentir a culpa permite uma maior consciência também do seu funcionamento interno, dos seus padrões relacionais. Isto leva a um sentimento de conforto (diminuir

sofrimento e sintomas), uma maior organização e uma maior clareza. É o conhecer todas estas novas potencialidades em si que a faz pensar sobre os afectos negativos que outrora dirigiu a si mesma e à criança. Reflectir sobre o peso atribuído ao corpo e a rejeição a que submeteu a criança fá-la sentir-se culpada.

17. Dedicção (E1, P2, P4; E3, P5; E4, P3, P4)

A dedicção aos seus filhos, durante a maternidade, que estas mulheres relatam vem contrastar com os sentimentos de **abandono emocional** ou falta de **disponibilidade emocional** que expressam sentir durante os primeiros meses após o nascimento do bebé. A **dedicção** parece aparecer num período em que há uma maior consciencialização do bebé real, em que a **preocupação com o corpo** vai assumindo um lugar menos importante nas suas vidas ou, por outro lado, poderemos pensar que o **amor pelo bebé** é capaz de transformar ou modificar aquilo que sentem como prioritário nas suas vidas.

- Estará a **dedicção** relacionada, de algum modo, com um sentimento de culpa pelo **afastamento**? Em que momento acontece a **mudança**? Poderá a descentração da imagem corporal possibilitar uma maior atenção nos cuidados com o bebé? Ou, de um modo inverso, será a interacção com o bebé motivadora e encorajadora para que a mulher reconheça aquilo que para ela é verdadeiramente importante?

18. Desespero (E1, P1, P2; E3, P3)

O desespero é descrito como um misto de **confusão**, **insegurança** e **angústia**. A maternidade é sentida como uma experiência confusa em que o **desejo de amar**, partilhar e dedicar tudo à criança se confronta com a impossibilidade ou **incapacidade** de estar a 100% nesta relação. Parece existir uma barreira que separa o papel de mãe do estatuto de mulher, como um compromisso com o corpo perfeito, o mesmo que procuraram e pelo qual travaram duras batalhas contra a comida. Este compromisso é percebido quando estas mulheres referem que o aumento de peso e a **alteração corporal** são os principais pontos negativos e, simultaneamente, os que mais temem. O **desespero** parece ser sentido principalmente nos meses finais da gravidez, estendendo-se até aos primeiros meses após o parto. No

entanto, é interessante verificar como há uma **mudança** ao nível do comportamento destas mulheres; o **desespero** sentido num primeiro momento aparece associado à **incapacidade de dar uma existência real ao bebé**, é o compromisso com o corpo e com a restrição alimentar que não permite que a mulher se desvincule da sua aparência, impossibilitando a aceitação da maternidade como algo positivo e satisfatório. Num segundo momento, durante os primeiros meses após o parto, este desespero já demonstra contornos mais tremidos, mais frágeis. Podemos então, neste momento, referir-nos a um **desespero** associado à **incapacidade de exercer a maternidade**, demonstrando uma maior **preocupação com a criança**, com o seu bem estar físico e emocional. Este movimento ou **deslocamento** da preocupação com o seu próprio corpo e imagem para a preocupação e centração na criança parece acontecer quando o contacto entre mãe/bebé se proporciona, começa então a exercer-se um papel materno mais presente e menos egoísta para o qual o **apoio** dos familiares muito contribui.

O desespero encorpora um misto de sensações, físicas e psíquicas, é sentida uma ambivalência de sentimentos que ora aproximam, ora afastam a mulher da criança.

20. Disponibilidade (E1, P4; E2, P1, P4)

A **disponibilidade** é um aspecto de extrema importância para o estabelecimento de qualquer relação. Sabe-se que a primeira relação estabelecida pela criança, com a mãe ou seu substituto, constituirá o molde das suas relações futuras, deste modo, é crucial que esta seja segura, confiante. A **relação com a criança**, nas mulheres que sofreram de anorexia ou bulimia, parece dificultada. A disponibilidade destas mulheres vê-se direccionada apenas para elas mesmas, para a sua **preocupação com o corpo**, prática de **exercício físico** ou retorno dos sintomas. A incapacidade de dar uma existência real ao bebé conduz à falta de **disponibilidade emocional**, indo mais além da ausência física, dos cuidados com a alimentação, com o banho ou com a hora de lazer. O **afastamento físico** e a dificuldade de estabelecer a interacção com a criança parece agravar-se à medida que a preocupação com o corpo cresce. É acompanhado por um **abandono emocional** e conduz, muitas vezes, a um sentimento posterior de **culpa** que parece ser uma **compensação** ou **reparação** do afastamento a que submeteram as crianças quase sempre nos primeiros meses após o parto.

21. Disponibilidade emocional (E2, P4; E3, P4, P5)

A disponibilidade emocional parece marcar o ponto de viragem em todo o processo de maternidade, sendo por isso importante destacá-la. A **disponibilidade emocional** é algo que deve existir desde o início do processo da maternidade, isto é, ainda antes da criança nascer, proporcionando um clima de acolhimento e de empatia. Esta disponibilidade vai permitir que a criança sinta um conforto que irá possibilitar a construção de um vínculo essencial para o seu desenvolvimento. No entanto, esta **disponibilidade** parece estar, nestas mulheres, comprometida. Mesmo quando se trata de uma **gravidez desejada** parecem existir sentimentos contraditórios que tornam esta experiência **ambivalente e confusa**. Estas mães encontram-se demasiadamente presas ao seu aspecto corporal, a sua auto-estima vê-se comprometida durante este período e, em consequência disso, há um afastamento físico e emocional do bebé. Durante a gravidez o bebé é menos pensado e sonhado do que se esperaria e, após o parto, a maternidade é muitas vezes exercida com o **apoio/suporte** dos familiares. Contudo, há um momento em que se observa um movimento de reparação e então a mulher/mãe passa a estar presente na vida da criança e adquire até uma atitude super-protectora. O **abandono emocional** característico desta falta de disponibilidade vai dando lugar à **aceitação** e à **aprendizagem** e estas mães vão-se contruindo como mães presentes e preocupadas com os seus filhos e, acima de tudo, disponíveis emocionalmente.

22. Empatia (E3, P5)

A **empatia** é algo que deve existir na relação mãe/bebé inicialmente, mesmo antes do nascimento da criança, proporcionando um clima de acolhimento. Esta situação vai permitir que a criança sinta um **conforto** e que possibilite uma construção de um **vínculo** terapêutico. A empatia, à medida que vai sendo possível de construir, vai promover um sentimento de alívio e **conforto**, motivando a mulher a empenhar-se e dedicar-se na relação.

Contudo, a empatia não é, por si só, suficiente para provocar mudança (compreensão e envolvimento por parte da mulher) uma vez que isso não tem um efeito transformador por si só. É importante que esta nova experiência seja aceite pela mulher. A **empatia** seria então algo que prepararia o início de um **vínculo**. A **empatia** tem aqui um papel importante na medida em que permite que seja produzida nesta mãe uma sensação de que pode ser compreendida pelos outros. É o estabelecer da empatia que permite uma maior participação na vida da criança, é o olhar, o tocar e o trocar experiências entre ambos.

23. Equilíbrio (E4, P4, P5)

O equilíbrio é encontrado apenas após o parto. Durante a gravidez é comum sentirmos nestas mulheres uma experiência **ambivalente, confusa** e até dolorosa, onde o **desejo da maternidade** se contrapõe ao medo de ganhar peso e conseqüente **alteração corporal**. O **medo** de rejeitar o bebê, da incapacidade ou inadequação face às tarefas exigidas pela maternidade parece ser apenas ultrapassado após o nascimento da criança, quando as dificuldades, a angústia e a **insegurança** são enfrentadas ou experimentadas na prática. O equilíbrio vai-se tornando possível à medida que a mulher vai pensando o bebê, disponibilizando-lhe o seu tempo e atenção, **atribuindo-lhe uma identidade real**. O equilíbrio entre corpo e mente, entre o papel de mulher e mãe vai-se então estabelecendo e, do mesmo modo, vai provocar uma **alteração do humor** (que se mostra menos depressivo) e uma maior **dedicação**. A confusão de sentimentos parece dar lugar, nesta fase, a um maior sentido de **responsabilidade** e protecção do bebê.

24. Exercício Físico (E1, P3, P4; E2, P2)

O **exercício físico** parece impor-se como uma necessidade e um escape para estas mulheres. O tempo livre de que dispõem, antes ou depois da gravidez, é ocupado muitas vezes com as idas ao ginásio ou outro tipo de actividades físicas no exterior. O culto do corpo ocupa as suas vidas mesmo quando são mães, parecendo até o mesmo ser responsável pelo **afastamento emocional** ou pela falta de **disponibilidade** que lhes são apontadas. Parece que estas mulheres, ainda que se julguem já tratadas da anorexia ou bulimia que sofreram antes da gravidez, retomam os pensamentos característicos da doença

aquando da maternidade e, deste modo, o exercício físico torna-se também um ritual a cumprir.

25. Exigência (E2, P3)

A **exigência**, a par do **perfeccionismo**, é uma característica do comportamento destas mulheres que as acompanha ao longo de todo o processo de maternidade. Ainda durante a gravidez, a exigência manifesta-se nos esforços levados a cabo para ganhar pouco peso, seja na dieta alimentar ou na prática de **exercício físico**. Quando a criança nasce esta exigência mantém-se, dentro dos mesmos padrões, revelando-se intrusiva quando perturba o relacionamento com a criança.

26. Fragilidade (E2, P4; E3, P5)

A **fragilidade** é o sentimento que fica após toda a luta e cansaço. O **conflito** entre a doença e a maternidade revela-se uma batalha mais dura do que estas mulheres poderiam esperar. Ao contrário do que algumas manifestam esperar da maternidade, um momento de **mudança** e de conclusão de uma época sofrida pela doença, a maternidade acaba por revelar o **retorno aos sintomas**, uma obsessão pelo corpo e pelo medo das alterações que parece apenas terminar quando a mulher consegue aceitar e reconhecer o bebé como um ser separado de si. A fragilidade é reconhecida após o **conflito**, quando apenas fica o **medo** de não conseguir criar e educar a criança, quando a mulher teme ficar novamente doente ou perder a capacidade de estar com o seu filho.

27. Fuga (E3, P3)

A **fuga** aparece associada ao **medo**. Muitas vezes o desconhecido impede uma verdadeira aproximação uma vez que está relacionado com o desconhecer algo, desencadeando o medo e a fuga. O medo, por sua vez, transforma-se numa resistência pela sua insistência não permitindo uma aproximação. A experiência da maternidade parece

revelar nestas mulheres o **medo** e a **insegurança** de serem mães. O desejo da maternidade, ainda que expresso em quase a totalidade dos casos contrapõe-se ao medo de atingir um estatuto diferente daquele que tiveram até aí.

- Possivelmente o medo associado à maternidade e às alterações que esta provocará influencia a forma como esta última é vivenciada e fantasiada. Isso poderá resultar numa resistência ou não, produzindo uma fuga ou afastamento.
- Talvez no lugar deste conhecido que teme a mulher coloque algo que já conhece, o medo de engordar, de ver o seu corpo alterado, modificado. Baseia a sua fantasia nisso e reage como está habituada.

28. Gravidez Desejada (E1, P1; E2, P2, E4, P2)

A gravidez e a maternidade são descritas nas entrevistas como desejadas e aceites, no entanto, ao mesmo tempo que desejam ser mães parecem aparecer dois sentimentos contraditórios, o **medo** e a **insegurança**, que naturalmente se poderia pensar ser algo comum em mulheres que vivem a sua primeira gravidez mas, nestes casos, será importante perceber a raiz dos mesmos e de que modo influenciam o desejo da maternidade. À maternidade parecem ser associados sentimentos positivos. A fertilidade, muitas vezes colocada em risco no caso de mulheres com anorexia nervosa, é comprovada quando a mulher engravida. A maternidade é pensada, sonhada. Neste momento a mulher retoma ao seu papel de filha e revê a relação com a sua própria mãe. Parece existir, associado ao desejo de maternidade, um desejo de **mudança**.

- A gravidez e maternidade, ainda que desejadas, parecem associadas a **confusão e ambivalência**. Contrariamente ao desejo que expressam sentir, aos planos feitos e aos sonhos antes da gravidez acontecer, faz-se sentir uma grande **insegurança** que se traduz por uma confusão de sentimentos, é o desejo e o **medo**, o querer e temer. Esta **ambivalência** está presente no início da maternidade. Ao mesmo tempo que existe um receio do que poderá acontecer no futuro existe algo mais que cria uma vontade de deixar de lado esses pensamentos. O que poderá contribuir para esta confusão de sentimentos? Em que momento e que variáveis concorreram para a **mudança**?

29. Gravidez não desejada (E3, P2)

De um modo menos mascarado e bastante mais sincero é-nos descrito o caso de uma **gravidez não desejada nem planeada**. Poderemos pensar que este seria um caso isolado de todos os outros, um caso que nos remetia para um quadro depressivo e ainda muito ligado aos sintomas e manifestações da anorexia e bulimia e, portanto, bem mais severo para a mulher. No entanto, o discurso de uma mulher que refere o **sofrimento** associado a uma gravidez não desejada leva-nos a divagar sobre alguns aspectos que estão naturalmente inerentes a uma maternidade em condições de risco. Não se torna complicado perceber porque motivo uma mulher que sofreu (ou sofre ainda) de anorexia ou bulimia sente a maternidade como **insegura**. A dificuldade de organizar o materno dentro de si e a relação **conflituosa e ambivalente** com o corpo estarão certamente na raiz de todo o mau estar e **inadequação** que referem sentir. A exigência e **perfeccionismo** parecem ser dois aspectos que caracterizam o comportamento destas mulheres, sendo também estes que dificultam o processo da maternidade e a sua aceitação e envolvimento no mesmo. O não desejar a gravidez estará relacionado com o não desejar ser mãe? Parece-nos que esta rejeição está mais ligada ao lado físico da maternidade, ao **medo e desespero** que a alteração corporal lhes provoca. O desconhecido é-lhe insuportável, o **perfeccionismo** parece apenas ser possível dentro do seu meio e, como tal, a maternidade vai para além de tudo o que conhecem, é o dar ao outro, o criar e desejar, é pensar e amar um outro alguém separado de si. Como se processa o pensar o outro quando há uma centração tão egoísta e primitiva? Talvez a maternidade nem chegue nunca a pensada e, deste modo, seria impossível ser alguma vez desejada ou planeada.

30. Gravidez não planeada (E2, P2; E3, P2; E4, P2)

A maternidade, ainda que desejada, parece acontecer na maioria dos casos por acaso, sem ser planeada ou esperada. Poderemos pensar que o desejo de maternidade esteja associado com a **mudança** que esperam que aconteça nas suas vidas, principalmente quando a doença ainda não está totalmente controlada. No entanto, ainda que a maternidade seja desejada ou pensada, a gravidez é difícil de planear, talvez por envolver alterações com as quais temem lidar e até reconhecer, como é o caso do aumento de peso e

alteração corporal. Aqui parece funcionar um mecanismo contra o desconhecido, especialmente quando nos referimos a mulheres que vivem a sua primeira gravidez. Este desconhecido poderá ser fonte de **insegurança** ou até mesmo medo em estabelecer uma nova relação, sem saber muito bem os seus propósitos. Desta forma, procura algo que lhe tranquilize ao procurar uma explicação para o que poderá ocorrer durante um processo terapêutico.

- De certa forma e uma maneira de racionalizar a relação. Passar dos afectos para os pensamentos que talvez sejam mais fáceis de lidar.
- Ao querer perceber o que está por detrás procura-se também uma maior aproximação mas de uma outra forma.
- Por um lado encontramos uma **desmotivação**, uma dificuldade em estabelecer **compromissos**, um receio do que se passará no processo terapêutico (**desconhecido**) que em última instância se traduzem num comportamento de **faltar** às sessões terapêuticas. Por outro lado parece existir algo, um **empenhamento**, motivação própria que funciona no sentido contrário e que o leva a comparecer e a se envolver no processo terapêutico, que poderá ter por base um sentimento de **conforto**, um alívio das angústias que poderá estar relacionado com a capacidade do terapeuta em **dar sentido** a essas mesmas problemáticas.

31. Idealização (E2, P3)

A **idealização** do corpo perfeito pode, nestas mulheres, estender-se aos seus filhos, uma vez que vivem e crescem na sombra de um ideal de perfeição cujos contornos parecem tornar-se cada vez mais apertados e rígidos. O **desejar a maternidade** e ver-se no papel de mãe, descentrando-se do papel e corpo de mulher, são aspectos essenciais para a aceitação desta experiência como algo positivo e agradável. Quando tal acontece, parece ser possível o desenvolvimento de uma relação entre mãe/bebé mais favorável e próxima. Não obstante, mesmo nestes casos é possível verificar-se uma certa idealização, tanto no que respeita à maternidade (cuidado com o bebé, atenção, disponibilidade), quanto às características, valores e futuro da criança. Os desejos e sonhos (frustrados ou conseguidos) destas mulheres parecem então ser estendidos aos seus filhos, quase como se de uma compensação narcísica se tratasse.

32. Incapacidade de dar uma existência real ao bebê (E1, P5; E3, P3)

A **incapacidade de dar uma existência real ao bebê** é uma dificuldade que se sente nestas mães, especialmente durante a gravidez e nas primeiras semanas após o parto. A confrontação com as **alterações corporais** e com o aumento de peso não são processos de fácil assimilação para estas mulheres. O **desejo da maternidade**, muitas vezes, leva-as a procurar ultrapassar as dificuldades e apostar no futuro mas tal não parece ser tão fácil assim. Deste modo, há uma tendência para estas mulheres sentirem o bebê como uma parte do seu corpo, isto é, não há uma consciencialização do bebê real antes do nascimento do mesmo, é como se a criança fosse parte do corpo alterado, pesado. Esta **incapacidade** de pensar o bebê, de lhe atribuir uma existência real está também relacionada com o abandono emocional do bebê e a falta de **disponibilidade**. Uma vez que à criança são atribuídos os mesmos atributos negativos do corpo não será de estranhar que a mulher não se demonstre **disponível** ou **emocionalmente** segura na posição de mãe.

33. Insegurança (E3, P1)

A insegurança surge essencialmente associada ao medo e à incapacidade de tomar conta, tratar e **amar uma criança**. O exemplo que tempos de insegurança faz-nos pensar numa personalidade ainda em construção, algo ainda muito mal trabalhado, mal polido, cuja ameaça de destruição não está longe de se tornar realidade. A insegurança prende-se com o medo interno de não ser capaz, é o medo de falhar, de não ser bom o suficiente ou, pelo menos, não tão bom quanto os outros esperariam que fosse. Na mente de uma doente de anorexia o que reside é a **insegurança** associada ao trauma, o trauma de ser fraca, incapaz.

34. Luta (E3, P4)

A **luta** é aqui defenida no sentido de **conflito**, **angústia**, **confusão**. Face ao sentimento contraditório entre o **desejo da maternidade** e a dificuldade de pensar a mesma. Tal como

acontece com a **ambivalência**, aqui a luta é também travada entre algo que inicialmente se poderá ter apresentado contrário, entre o desejo de ser saudável e o desejo de continuar magra, ainda que isso seja sinónimo de doença. O **amor pela criança** e a atribuição de uma maior atenção e **disponibilidade emocional** para o mesmo levam a mulher a competir com a doença, desejam a libertação da anorexia e da bulimia para viverem em pleno esta nova experiência.

35. Maternidade desejada (E4, P1)

A **maternidade**, quando desejada, é pensada, sonhada e investida. O pensar a criança, antes da gravidez, e o investir no mesmo, após o parto, revelam-se dois momentos essenciais para a criação do vínculo entre mãe/bebé que se pensa essencial para o estabelecimento desta relação. O desejo da maternidade parece estar associado também ao **desejo de mudança**, talvez a mulher deseje reviver na relação com o filho a relação que viveu com a sua mãe, modificando-a e possibilitando contornos diferentes daqueles que lhe foram proporcionados.

36. Medo (E3, P2, P3; E4, P2)

O **medo** aparece associado à **insegurança** e **fragilidade** que se cria durante todo o processo da maternidade. O aumento de peso durante a gravidez é necessário para que a mesma seja saudável, no entanto, este parece ser o maior problema sentido pelas mulheres que sofrem (ou sofreram antes da maternidade) de alguma perturbação do comportamento alimentar. O **medo** associado a este aumento de peso é o factor que mais perturba estas mulheres, sendo também aquele que as mais faz balançar entre o querer e o temer ter a criança. Por outro lado, existem mulheres com transtornos do comportamento alimentar que enfrentam este problemas; para estas é mais fácil lidar com o medo do aumento de peso pois encaram o mesmo como um sacrifício necessário por uma causa importante. Por outro lado, há outras mulheres que mergulham numa profunda depressão enquanto enfrentam a tensão causada pela ideia do aumento de peso e as suas questões de imagem corporal. A

maioria das mulheres com transtorno alimentar ficam entre esses dois extremos. O medo associado à maternidade aparece essencialmente relacionado com a **insegurança e fragilidade** que sentem. No entanto, este medo surge-nos muitas vezes mascarado...quase que pensamos que, mais do que medo se trata de uma **fuga**, isto é a fuga da maternidade, do papel de mãe.

37. Medo de Infertilidade (E4, P2)

O medo da **infertilidade** manifesta-se quando a mulher se debruça sobre as consequências que a anorexia ou bulimia poderão ter deixado no seu corpo. É expresso por uma **confusão** de sentimentos, quase uma **ambivalência** entre o medo de perder aquilo que sentem como a sua feminilidade, a sua capacidade de criar. A perda de menstruação durante o período vivido com a anorexia poderá ser algo muito perturbador para a mulher, especialmente quando esta planeava ou desejava engravidar. Quando tal não acontece e a maternidade se torna um sonho possível, parece existir uma confabulação, a criação de um imaginário em que a criança cresce e se desenvolve de um modo saudável, longe de qualquer problema associado à anorexia ou bulimia.

38. Mudança (E1, P1; E2, P5; E4, P5)

A mudança é o processo através do qual existe uma **alteração de comportamento**, pensamento, atitude em relação a determinado assunto. Parece ser o resultado de algo, o final de um encadeamento de coisas. Uma mudança pressupõe a existência de **sofrimento**. É um processo penoso que envolve o confronto e a confusão, sendo importantes e necessários o esforço e o **empenho**. É nesse instante que aparecem resistências como a **desmotivação e o medo**). A mudança pode acontecer ou ser produzida de dois modos: através de um nível mais cognitivo, cujo principal objectivo é o de obter uma **compreensão**; ou a um nível mais afectivo, em que as coisas se passam a um nível menos consciente. Parece que quanto mais relacionada ao segundo nível mais duradoura e profunda se

perspectiva a mudança. O que levará a esta mudança? Uma consciência? O sentimento de **culpa**? Uma mudança genuína através da relação?

- Como é que opera essa mudança mais profunda?

A mudança é sempre um processo moroso ao qual está associado um certo grau de **sofrimento**. As diversas resistências vão tomando um sentido e compreensão e possibilitam uma maior aproximação (**mudança cognitiva**) que leva através de uma ligação afectiva (**vínculo**) e de uma **reconstrução** a uma verdadeira **mudança**. A maternidade é referida como uma mudança nas vidas destas mulheres. O cansaço e a luta travados contra o peso e o aspecto corporal tendem a mostrar-se invencíveis e persistentes mesmo durante a gravidez, conduzindo muitas vezes a um mau estar e afastamento emocional do bebé. A maternidade é vivida, nestes casos, como uma experiência **ambivalente, confusa**. A mudança parece então acontecer após o parto, quando o bebé imaginário é confrontado com o bebé real e os medos que foram pensados são confrontados e ultrapassados. A experiência relacional com o bebé permite trocas entre ambos que seriam impensáveis pela mulher, é então possível uma maior **interacção e participação nas actividades**.

A **mudança** parece acontecer ao nível **emocional**, relacional e até fantasmático. O bebé, outrora pensado como apenas uma parte do seu corpo, muitas vezes apontado como o responsável pelo aumento de peso e alteração do corpo, começa a adquirir uma identidade própria, um corpo próprio. A experiência relacional, no início dificultada pelo **abandono emocional** e **distanciamento** a que foi submetido pela mãe começa a ser possível pela introdução de rotinas e horários, tais como os das refeições ou sono. A mudança dá-se especialmente ao nível do **comportamento** da mulher que, de insegura e confusa começa a sentir-se mais disponível e dedicada. A criança, à medida que cresce começa a construir-se como o centro das suas vidas, a **preocupação** extrema sentida pelo corpo passa também para a criança, sendo frequente escutarmos preocupações relativas ao peso e saúde da criança, à sua alimentação e bem estar.

- Poderá a **culpa** estar na base da mudança que se observa no comportamento da mulher após o parto? E a preocupação com a criança que vem ocupar o lugar ocupado anteriormente pela preocupação com o corpo, será ela genuína? Poderemos pensar esta preocupação com o peso e alimentação do bebé como um deslocamento da preocupação com o seu próprio peso? Talvez a mudança se processe apenas ao nível do conteúdo e não tanto da forma como é demonstrada...

39. Participação nas actividades (E4, P4, P6)

A **participação nas actividades** da criança e restantes membros da família possibilita a criação de um espaço físico e emocional único para cada mulher. O **medo** e a **angústia** vêm neste envolvimento a possibilidade de ultrapassar os conflitos internos que se podem ter sustentado durante a gravidez. É na **relação** com a criança que a mulher se assume adulta, mãe, do mesmo modo que é também desta relação que recolhe um modo de estar e sentir diferente daquele que viveu até aí. O sentimento de **inutilidade**, de **insegurança** e de **incapacidade** são elaborados e encontram um fundo sem fundamento, apenas relacionado com os sentimentos negativos que lhe estavam associados durante o período de anorexia e bulimia. Parece que o facto da criança necessitar do seu apoio, presença e segurança faz com que a mulher se sinta mais útil, viva, crescendo uma maior vontade de empenho e de integração na relação. O medo e o sentimento de **culpa** que poderiam ter aparecido durante a gravidez ou primeiros meses após o parto encontram na participação das actividades a sua mais rápida solução.

40. Perfeccionismo (E1, P1; E3, P2)

O perfeccionismo pode definir-se quase como um padrão de comportamento na maior parte das mulheres que, em algum momento das suas vidas, sofreu de anorexia ou bulimia. Estendendo-se desde a sua aparência física até às relações com os outros, o perfeccionismo é uma característica que parece acompanhar estas mulheres durante as diferentes fases da sua vida. A maternidade, desde o seu início, parece ser também acompanhada por um certo **perfeccionismo**, seja no modo como é pensada, cuidadoso e minucioso, avaliando todos os pontos positivos e negativos, como na relação com a criança, envolta numa **protecção** por vezes exagerada e numa preocupação constante. A preocupação com os alimentos ingeridos e com o exercício físico que acompanha a gravidez e na fase de pós parto é também um ponto a ter em conta, uma vez que muitas vezes conduz ao **afastamento emocional** e mesmo físico da criança.

41. Preocupação com a criança (E1, P2, P3; E2, P2, P3, P4; E4, P1, P3)

Parece existir, nestas mulheres, um compromisso com o corpo e com a restrição alimentar durante o período da gravidez. Mesmo cientes da necessidade do ganho de peso durante este período para que a formação do bebê seja possível, há uma centração e **preocupação com o aspecto corporal**. A **preocupação com a criança** parece surgir num segundo momento, após o nascimento do bebê, quase sugerindo uma compensação ou sentimento de **culpa** pelas restrições ou más práticas durante a gravidez. Há, portanto, uma descentração do pensamento e a mulher é então capaz de se assumir como mãe e não apenas como mulher, permitindo e dando lugar a uma maior **dedicação**. No mesmo sentido, podemos pensar esta preocupação como resultante do **medo**. À medida que vai sendo possível pensar o bebê, desligado-o do seu corpo e atribuindo-lhe uma identidade própria, parecem surgir pensamentos de culpa, de arrependimento. Neste sentido, o medo encontra-se ligado à **culpa**. A preocupação maior destas mães liga-se, então, à saúde, tanto à nascença como ao longo de todo o desenvolvimento. A superprotecção e o investimento são consequências da **culpa** e do **medo**, há um movimento de reparação, é a **dedicação** e a reparação de todo o **afastamento emocional** e muitas vezes físico do bebê durante os primeiros meses após o parto.

42. Preocupação com as alterações corporais (E1, P3; E2, P2; E4, P2, P3)

A **preocupação com as alterações corporais** parece ser o ponto central na maternidade destas mulheres. A maternidade vai para além da dimensão social que aponta a necessidade de **contenção**, de amparo. O corpo da mulher/mãe vai servir de apoio, de suporte, alimento e ambiente, sendo necessário e essencial que seja cuidado para poder conter o que nele cresce e se desenvolve dentro de si. Mais do que o materno parece preocupar estas mulheres a questão do feminino. A maternidade é então desejada e pensada como um momento de **mudança** mas parece que algo acontece para que esta experiência seja sentida de modo ambivalente. As **alterações corporais** são então apontadas como o ponto negativo, na gravidez são revividos os sentimentos de medo pelo

aumento de peso, a alteração do corpo é sentida como **angustiante**, verificando-se algumas semelhanças com os sentimentos vividos durante a anorexia ou bulimia.

A preocupação com as alterações corporais resultantes da gravidez são vividas em silêncio, há uma necessidade de esconder estes sentimentos talvez por temerem a reacção dos familiares. A alimentação durante este período é muitas vezes bastante restrita, na medida em que desejam ganhar apenas o mínimo peso possível. O **afastamento emocional** do bebé surge como consequência desta **preocupação**, é sentida uma incapacidade para pensar o bebé, para o sonhar e fazer planos para o futuro. Esta preocupação parece continuar após o parto, a mulher/mãe parece então envergar neste momento todos os esforços para recuperar o corpo anterior à gravidez. Este momento deverá ser de especial **atenção** pois é quando muitas destas mulheres voltam às dietas rigorosas ou ao uso de laxantes como meio de alcançar o peso desejável, anterior à gravidez. A **interacção** com a criança revela-se, no entanto, muitas vezes motivadora para o tratamento da anorexia ou bulimia. Deste modo, parece que a maternidade é capaz de se revelar o ponto de mudança, voltando-se as **preocupações** com a imagem corporal para a **preocupação** com o cuidado, saúde e alimentação da criança.

43. Preocupação com a opinião dos outros (E3, P4; E4, P3)

A pessoa que se torna bulímica ou anoréctica é altamente sensível aos sentimentos e **opiniões dos outros**. Para aqueles que convivem com estas mulheres, que diariamente lidam com a sua intransigência relativamente à comida, que aguentam a tensão contínua e as **perturbações** que acalenta, poderá parecer implausível. Qualquer pessoa que sinta que a sua vida está a ser ou foi destruída por um membro da sua família preso ao **controlo** alimentar, ao controlo da nutrição/organismo, que é tão egoísta e inflexível, poderá ser perdoado pelo facto de achar que a ideia de que essa pessoa é sensível às outras é difícil de acreditar. As **alterações de pensamento**, a **preocupação com a alimentação**, com a restrição ou a compensação após uma crise de voracidade, assim como o medo desesperado de perder o controlo, tem muito a ver com isto, claro, quando as pessoas tem um baixo peso. A maternidade é reveladora também desta **preocupação** com a opinião dos outros neste grupo de mulheres. Durante a maternidade as mulheres que sofreram de anorexia ou bulimia sentem-se muitas vezes menosprezadas pelos outros. Por um lado, parece haver um **sentimento generalizado de inadequação**, a opinião dos outros é então

temida porque parecem estar sempre a julgar os seus actos e comportamentos, seja em relação à alimentação da criança ou à incapacidade de cuidar da mesma. Esta **incapacidade**, assim como a insegurança, ainda que possam ser muitas vezes sentidas por estas mães, raramente são manifestas, antes, é imposto pelos familiares.

44. Projecção (E2, P3, P4)

Parece existir, nestas mulheres, uma tendência generalizada para a **projecção**. O querer atingir a **perfeição** e aceitação de todos é projectado na criança desde cedo, seja a partir de comentários ou de acções mais ou menos explícitos ou manifestos. Quando pensamos em mulheres com um qualquer tipo de **perturbação do comportamento alimentar** pensamos numa **relação conflituosa** e difícil com o corpo, num isolamento e insegurança relativamente ao exterior e, acima de tudo, numa personalidade mais depressiva. A **projecção** enfrenta o mesmo caminho: aquilo que a mulher projecta na criança são os seus **medos, inseguranças e preocupações**. Não será de estranhar que uma criança cuja mãe está constantemente preocupada com a sua alimentação e peso venha a demonstrar uma preocupação excessiva com os mesmos aspectos, atribuindo até à sua imagem uma maior importância do que seria de esperar. Podemos perceber que estas mulheres procuram uma **protecção extrema dos seus filhos**, especialmente quando são raparigas, tendendo a encenar ou a repetir acções, vivendo e actualizando experiências anteriores na relação com a criança.

- Poderá este movimento de **projecção** permitir que a mulher tenha uma percepção mais distanciada daquilo que está a passar, percebendo a importância do afastamento do estereótipo de beleza que tinha até então? Talvez na relação com a criança seja possível o estabelecimento de uma nova conduta, cujas novas prioridades lhe permitem um maior equilíbrio.
- Talvez a maternidade e projecção do seu comportamento e sofrimento na criança conduza à compreensão.
- Possibilita um maior **equilíbrio e mudança**.

45. Protecção (E2, P1, P2; E4, P4)

A protecção é o sentimento que melhor caracteriza o comportamento destas mães após o parto, quando o clima de **medo** e de **insegurança** permite que vejam para além da confusão sentimental em que se encontraram. Após toda a insegurança e medo sentidos durante a gestação para os quais muito contribuiu a **preocupação** com as alterações corporais e a centração no mesmo parece existir um momento de mudança, quando estas mães se permitem a uma relação mais próxima com a criança, quando é possível uma maior **participação nas actividades** com a mesma. A protecção surge associado a um sentimento de culpa, parece que estas mães repensam as suas atitudes e avaliam prioridades, ainda que isto não seja processado de um modo tão linear assim. Poderá o amor pela criança ser realmente motivador para provocar uma **mudança** a este nível? Que variáveis concorrerão para a passagem do sentimento de abandono emocional e falta de **dedicação** para com o bebé para esta protecção e preocupação extremas? Aquilo que se verifica é que esta passagem acontece através da culpa e da **preocupação com a criança**. Quando a criança é pensada estas mães começam a imaginar o mal que lhes poderiam ter causado, o sofrimento que lhes podem provocar caso continuem agarradas aos hábitos alimentares restritivos e ao humor depressivo que deles derivam. Deste modo, pensando no bem estar e saúde do bebé, estas mulheres descentram-se de si mesmas e passam a preocupar-se e a proteger os seus filhos, procurando poupá-los a qualquer dor ou sofrimento.

46. Razão para viver (E3, P4; E4, P6)

A criança, à medida que cresce e se desenvolve, é sentida como o centro das vidas destas mulheres. Se certo é que inicialmente a gravidez nem sempre é aceite, sendo dificultada tanto mais quanto menos resolvida está a perturbação que viveram, torna-se claro que à medida que aceitam e reconhecem a criança como parte separada de si e com a sua próprio identidade, maior é a **preocupação e dedicação** que lhe proporcionam. Qual é o momento em que ocorre a **mudança de comportamento**? Quais serão os factores que concorrem para que o **distanciamento e abandono emocional** dêem lugar a esta sobre protecção e investimento? Poderá o acompanhamento da criança ser realmente o motivo da mudança e salvação destas mulheres, atribuindo-lhe uma força e direcção diferente do que aquela que teriam até ao momento?

47. Repulsa pela alteração corporal (E1, P2; E3, P4)

A **preocupação com as alterações corporais** pode muitas vezes agravar-se, seja na sua intensidade ou frequência com que é pensada. Quando tal acontece referimo-nos a repulsa pela alteração corporal, isto é, a preocupação intensifica-se e passa a ser sentida de um modo quase persecutório, fantasmático. O pensar a criança e os cuidados com a mesma vêm-se então dificultados pela centração no corpo, **pela incapacidade** de ver o real. A **capacidade de dar uma existência real ao bebé** é também neste momento dificultada pela descentração do mesmo. É comum verificar-se este sentimento principalmente nos meses finais da gravidez quando a mulher já sente o corpo mais pesado. Após o parto, no entanto, é possível também verificar-se um **distanciamento** significativo da criança, seja ao nível dos cuidados básicos ou ao afecto e atenção que lhe são **disponibilizados**. Poderemos pensar que algo de contraditório existe nestas mulheres: por um lado, a gravidez é desejada e pensada (ainda que antes de acontecer), por outro, quase oposto, as alterações são temidas, interferindo no agir e pensar a criança. A rejeição e **repulsa** do corpo “grávido” torna-se uma verdadeira **obsessão**, quase tão grave como a que terão sofrido durante o período da anorexia ou bulimia. Será esta repulsa dirigida exclusivamente para o corpo? Qual o verdadeiro sentimento atribuído à criança?

48. Responsabilidades (E4, P6)

A **responsabilidade** pelo bem estar, crescimento e desenvolvimento da criança cresce dentro de cada mulher quase como uma prioridade. O exercício da parentalidade é sentido quase como uma **compensação** pelos sentimentos menos positivos ou afectos menos agradáveis que foram dirigidos à criança. Há medida que vai sendo possível uma maior integração nas actividades, um maior **envolvimento afectivo, emocional e físico**, vai crescendo em cada mulher um desejo de ocupar todo o espaço e tempo perdido. A **disponibilidade emocional** vai-se proporcionando e o lugar de mulher vai sendo ocupado pelo papel de mãe, agora mais atenta e **dedicada** do que antes. As responsabilidades de mãe são cumpridas a todo o custo mas, por outro lado, parece-nos que esta atitude poderá estar relacionada com a necessidade de mostrar aos outros (familiares, amigos...) que são realmente capazes de cuidar e proteger a criança. Aliás, aliada a esta responsabilidade encontramos invariavelmente um comportamento super protector e preocupado com a criança.

49. Retorno dos sintomas (E4, P4)

O **retorno dos sintomas** aparece especialmente em mulheres cuja perturbação do comportamento alimentar ainda não foi totalmente ultrapassada ou naquelas cuja ligação à **imagem corporal** é ainda muito forte. O compromisso com o corpo parece, nestes casos, ser mais forte do que aquele que estabelecem com a maternidade, os sintomas da anorexia ou bulimia são retomados quase sempre após a gravidez nestas mulheres impondo-se quase como uma prioridade. Quando a **maternidade não é desejada** nem aceite maior é a probabilidade de verificarmos este retorno dos sintomas. Estas mulheres parecem rejeitar a maternidade do mesmo modo que rejeitam o seu crescimento e **alterações**. A **fuga** pela restrição alimentar ou pelo vômito induzido é, na maioria das vezes, a solução para libertar a angústia e a dor que sentem.

50. Revolta (E3, P2)

A **revolta** surge quase como um ponto comum a todas as entrevistas, ainda que na maior parte das vezes apareça encoberta por outros sentimentos. Podemos pensar em revolta quando percebemos quais os verdadeiros sentimentos associados, por estas mulheres, à **maternidade**. Ainda que sejam descritos sentimentos como amor pelo bebé, a dedicação ou o equilíbrio parece-nos que os mesmos são apenas fruto de uma **mudança**, isto é, na sua base existem **sentimentos contraditórios**, frios, de **abandono ou rejeição**, se não tanto atribuídos à criança, foram antes dirigidos ao aspecto corporal ao qual tiveram de estar sujeitas para que aquela se desenvolvesse de um modo saudável. A revolta é então pensada como um sentimento primário, algo impensado mas sentido de um modo profundo, nascendo de uma posição egoísta e centrada na mulher. A revolta assume-se então, numa fase muito primária da maternidade, como impeditiva do estabelecimento de uma relação saudável e positiva entre mãe e criança. Manifesta-se em comportamentos negativos como sejam o **distanciamento afectivo e emocional**, uma diminuição da **disponibilidade e pela incapacidade de dar uma existência real ao bebé**. Mas quais serão os motivos que contribuem para este sentimento de revolta? O que parece acontecer é que quanto mais recente foi a **perturbação do comportamento alimentar** na mulher, menor é a sua capacidade de aceitação da maternidade como uma experiência positiva. O comportamento

estas mulheres parece ser particularmente egoísta e auto-centrado, sendo a revolta a expressão mais crua do medo que sentem e do choque que para elas é pensar em todas as alterações que vão sofrer.

51. Salvação (E4, P2)

Ainda que possa ser vivida inicialmente de um modo **ambivalente** e **confuso**, a experiência da maternidade parece ser sentida, a longo prazo, como a **salvação** para os seus problemas com o corpo e com a comida. Mesmo para aquelas que relatam o período pós parto como doloroso e cruel, durante o qual retomam as práticas restritivas ou compensatórias (conforme se sujeitem a longos períodos de jejum ou induzam o vômito), o estar com a criança e a **participação nas actividades** da mesma parece funcionar como uma terapia eficaz. Nos discursos destas mulheres podemos claramente sentir a ânsia por uma **mudança**, o aprisionamento ao corpo e à doença começa a tornar-se insuportável, sendo cada dia mais doloroso do que o anterior. A **maternidade**, quando acontece nas mulheres que já não se encontram doentes, parece ter outro rumo, bem mais tranquilo e positivo mas, ainda nestas, podemos observar como o período do pós parto é difícil de recuperar. A **fuga e a mentira** são os mecanismos de defesa aos quais se agarram para superar a dor e fingir que está tudo bem. Apesar da **difficuldade em pedir ajuda**, a mesma parece que acaba por chegar quando a criança nasce. Após o período complicado dos primeiros meses, em que a criança exige uma maior presença física da mulher, parece ser possível estabelecer-se um contacto mais afável, menos “induzido”, e é aqui que a mulher começa a assumir-se enquanto mãe e menos enquanto mulher. A criança é então investida, amada. A atenção até então virada para si mesma, para o seu peso é agora virado para a criança, a mesma que passa a ocupar a maior parte dos seus pensamentos e para a qual todos os seus movimentos se dirigem.

52. Sentimento de abandono (E1, P2)

A **atenção** e a **participação** dos outros na vida de uma doente com a anorexia ou bulimia é, ainda que muitas vezes rejeitada e negada por esta, um factor importante e motivante para a superação dos problemas. A maternidade proporciona a estas mulheres uma **alteração total das suas vidas e rotinas**, exigindo-lhes maior sentido de

responsabilidade e altruísmo. É importante que se descentrem de si mesmas, que disponibilizem o seu tempo para a criança, que se envolvam afectiva e fisicamente nas suas actividades e rotinas. No entanto, este movimento pode ser encarado como um **abandono emocional**, a atenção que lhes era dispensada devido ao peso e à restrição alimentar vê-se agora virada para a criança, para o modo como a alimentam, como a cuidam. Parece existir um sentimento de abandono não apenas ao nível da atenção mas também da disponibilidade. O tempo físico começa então por ser dividido com a criança e todos os cuidados se voltam para esta. Poderá a retoma dos sintomas estar também relacionada com este sentimento de abandono que assola estas mulheres após terem uma criança?

53. Sentimento de impotência (E3, P4)

O sentimento de impotência surge associado na maior parte das vezes à **incapacidade** de lidar com a criança, de lhe dar uma **existência física e real**, separada de si. Aquilo que parece acontecer nestas mulheres é uma grande **dificuldade de se separarem do seu corpo** magro para dar lugar a um corpo de mulher/mãe, com capacidade para conter e possibilitar o desenvolvimento da criança. Mais do que a gravidez teremos de pensar em que medida é sentida a maternidade. Qual será a origem deste sentimento de **impotência**? Parece-nos que a impotência poderá estar especialmente ligada à dificuldade de cuidar do outro, a criança poderá ser talvez sentida como uma evasão, como alguém que causará a desordem e a confusão naquela que era a sua rotina ordenada e restrita. A **incapacidade de expressar a sua própria identidade** agudiza ainda mais o desespero, aumentando a sensação de inutilidade e impotência. Associado a esta impotência cresce um sentimento de frustração; é a frustração pela incapacidade de ser mãe, de se dedicar e pensar a criança e pela não compreensão dos outros. A paralisação é muitas vezes a saída. Ficam sem conseguir mover-se, estáticas enquanto a criança chora por fome ou sono. Poderá esta impotência ter origem no incómodo existencial que existe na sensação de nunca saber o que fazer, nunca saber se o que fazem é o correcto e o que é aceite?

54. Tédio (E4, P4)

O **tédio** é o sentimento de aborrecimento que surge após o parto. Mais ou menos relacionado com a **falta de disponibilidade** emocional para o bebé, o tédio parece surgir associado a alguma falta de partilha e de atenção para com a criança. Neste sentido, falamos em tédio para nos referirmos a uma relação pobre em afectos, **distante**, caracterizando essencialmente uma fase do desenvolvimento da criança em que é necessário um investimento essencialmente a nível do toque e expressão corporal. No entanto, parece existir alguma **dificuldade** por parte destas mulheres em expressarem-se corporalmente para as crianças.

55. Tristeza (E1, P4; E3, P2)

A **tristeza** parece estar associada aos sentimentos de insegurança e fragilidade. A maternidade começa a ser sentida e desejada mesmo antes do nascimento do bebé, a certeza da gravidez e a **alteração do corpo** são sentidas desde o início, sendo cada alteração alvo de atenção e preocupação. Os sentimentos relativos ao bebé surgem encobertos pelo **medo** e **ansiedade**, a mulher parece sentir tristeza por não se conseguir entregar totalmente a esta experiência ou, pelo menos, não tanto como seria de esperar. A **incapacidade de dar uma existência real ao bebé** e a **alteração do humor** que acontecem após o parto provocam o **distanciamento emocional** da criança e o desespero pela recuperação do corpo anterior à gravidez. A **tristeza** parece então ser aqui o sentimento que mais se impõe; ainda que encoberta parece ser sentida quando a maternidade é pensada, quando o aspecto corporal e o amor pelo bebé são colocados lado a lado. Poderemos pensar de um sentimento semelhante ao que ocorre em mulheres que sofrem de depressão pós parto, é sentida uma **ambivalência** entre o que é sentido e o que é suposto ou esperado sentir.

56. Vergonha (E3, P2, P3, P5)

O **sentimento de vergonha** é visível especialmente nas mulheres cuja doença ainda não está totalmente resolvida, vivendo a maternidade de um modo mais pesado e **inseguro**. A vergonha parece ser sentida em dois momentos essenciais. O primeiro, durante a gestação, quando a mulher projecta na criança as suas partes más, atribuindo-lhe

sentimentos que atribuiria ao corpo durante o período de rejeição pelo mesmo. O bebê é então negligenciado, **abandonado emocionalmente**, negado. Poderíamos pensar, neste momento, que estes sentimentos teriam uma raiz inconsciente mas, se tal acontecesse, sentiria vergonha? Parece, então, que esta mãe reconhece em algum momento os sentimentos que atribui ao bebê. Por outro lado, e num segundo momento, podemos verificar um sentimento de vergonha quando estas mulheres desabafam sobre as suas experiências com a anorexia ou bulimia, quando reconhecem o mal a que sujeitaram os seus corpos ou, e mais grave, às condutas restritivas e desadequadas que levaram a cabo durante a gravidez, quer tenha sido através de dietas rigorosas ou da prática do **exercício físico** excessivo. A **vergonha** parece caminhar a par com a **disponibilidade emocional**, é quando estas mulheres se encontram mais disponíveis emocionalmente para as suas crianças que se constrói este espaço de avaliação e **interacção entre mãe/filho**.

57. Insegurança pelo desconhecido

Se por um lado a maternidade é descrita por estas mulheres como algo que desejaram, quase como um estímulo para a **mudança**, por outro verifica-se um movimento de quase recuo quando a mesma acontece. É curioso observar que, mesmo nos casos em que a maternidade é aceite e pensada como algo positivo desde o início, verifica-se em todas as entrevistas alguma indecisão, ainda que nem sempre seja manifesto, podendo no entanto perceber-se pelo discurso e postura corporal. Parece-nos que este movimento de recuo poderá estar relacionado com uma insegurança pelo desconhecido, quase permitindo pensarmos em traços obsessivos da personalidade destas mulheres, especialmente quando se trata da primeira experiência de maternidade.

58. O Materno

As perturbações do comportamento alimentar, em particular a anorexia, são frequentemente relacionadas e encontram muitas vezes as suas origens na relação estabelecida entre a doente e a sua mãe na infância. Ora, tendo em conta o que a psicanálise nos diz sobre a anorexia nervosa, e remetendo-nos aos antigos estudos de Freud, poderemos encontrar uma relação mãe-filha caracterizada pela ambivalência, opressão, possessão e dependente. A típica mãe da doente anorética seria mesmo descrita

como superprotectora e controladora da vida da filha, o que se pensa que poderá estar na origem da necessidade destas raparigas, na sua adolescência, tomarem o domínio do seu próprio corpo. Pensando por este prisma, e tendo em conta as entrevistas analisadas, é interessante perceber de que modo é que estas mulheres organizam o materno dentro de si. Poderá o confronto com a maternidade remetê-las para a dificuldade na relação com as suas próprias mães? Caso esta recordação esteja latente poderemos facilmente perceber o afastamento a que submetem as crianças numa primeira fase das suas vidas. Por outro lado, é interessante avaliar o modo como se estruturam na relação com a criança após o primeiro afastamento, o mesmo que parece provocar a mudança comportamental. Esta mudança parece processar-se no caminho que as suas próprias mães levaram, o da superprotecção, criando uma relação de quase exclusividade, algo muito simbiótico.

59. A Culpabilidade e o Reconhecimento

A culpa, já referida anteriormente, é um processo doloroso que exige reconhecimento para que possa ser ultrapassada da melhor forma. No caso destas mulheres, a culpa assume-se como o motor central da mudança na medida em que permite o reconhecimento de práticas menos adequadas e até dolorosas para a criança, como sejam o afastamento emocional, físico, a privação do leite materno, do colo ou até do olhar. A culpabilidade parece ser motivadora para a adequação de hábitos mais saudáveis, tanto hábitos alimentares como relacionais, uma vez que estas mães, reconhecendo a necessidade e importância da sua presença para o bom desenvolvimento da criança, colocam um pouco de lado aquelas que até aí eram as suas prioridades, maioritariamente relacionadas com o corpo e imagem.

Anexo D

Grounded Theory

A Grounded Theory é uma abordagem de investigação qualitativa, de cariz indutivo, originalmente desenvolvida por Barney Glaser e Anselm Strauss, com origem no contexto de estudos sociológicos. Distinguindo-se de outras metodologias pelo envolvimento do investigador no processo de investigação, a Grounded Theory caracteriza-se pela recolha sistemática e flexível de linhas orientadoras que permitem uma análise de dados (qualitativos), conduzindo à construção de uma teoria baseada nesses mesmos dados. Assim, este método assenta num contexto de descoberta, em oposição ao contexto de

verificação, uma vez que o investigador não tem hipóteses definidas a priori, apenas uma área de investigação definida por uma questão de âmbito geral (Pires, 2001).

Segundo Glaser (1999), a Grounded Theory é um método da família das abordagens qualitativas de investigação possuindo, no entanto, características particulares, nomeadamente no que se refere à descrição e interpretação dos dados. Criticando a dogmática dos testes hipotético-dedutivos, utilizados para testar hipóteses ou teorias, a Grounded Theory sugere uma concepção muito mais ampla do que aquela que é apresentada pelos pesquisadores em ciências sociais, apenas dedicados à pesquisa. Nesta metodologia o significado não é claro e é necessária uma interpretação, sendo a capacidade de ligação de informação ou de dados por parte do investigador essencial. É neste âmbito que Glaser e Strauss defendem a ideia de que é necessário que o investigador intervenha no terreno caso pretenda entender o que se passa. Acreditam que o desenvolvimento das interpretações baseadas nos dados são o modo mais poderoso de dar luz à realidade ainda que, tal como acontece no estudo de caso, esta interpretação sistemática e ligação de informação possa constituir um risco para a investigação (há uma forte ligação entre investigação e investigador, o que não acontece no método experimental).

Segundo a perspectiva de Pires (2001), o papel de uma teoria é permitir a explicação do comportamento assim como o seu controlo. Assim sendo, uma teoria deve ajustar-se à situação estudada e ser relevante quando é usada. Considera-se ajustada e relevante, quando as suas categorias se aplicam com facilidade em vez de serem usadas de modo forçado, e quando lida com aspectos importantes na vida dos participantes. A relevância e o ajustamento são facilmente adquiridos quando as categorias emergem dos dados, e não o contrário. Uma teoria capaz de explicar ou predizer um comportamento ou uma situação é uma teoria que funciona, e se for gerada a partir dos dados permite, ao longo do processo, sucessivos aumentos de abstracção e, como tal, uma própria transcendência.

Partindo da análise de registos pragmáticos e interaccionistas, Glaser e Strauss acreditam também que é necessário que as teorias sejam enraizadas na realidade para que permitam o avanço da ciência. Pretendem destacar o ênfase na mudança, nos processos e na variabilidade e complexidade da vida, apontando também a importância do “papel activo das pessoas como modeladores do meio em que vivem” (Strauss, 1998). Não considerada uma teoria, a Grounded Theory é um método com o objectivo de gerar novas teorias, tratando-se claramente de uma metodologia de carácter indutivo.

Partindo de uma questão geral e do ponto de vista dos actores envolvidos em determinada situação, a Grounded Theory é a base da construção de uma teoria. Deste modo, não só as hipóteses e os conceitos surgem dos dados como também são

sistematicamente trabalhados em relação aos dados no decurso da investigação. A um nível mais específico, é utilizado o método de comparação constante, que combina um procedimento de codificação explícita com um estilo utilizado no desenvolvimento de teorias. Deste modo, o método de comparação constante preocupa-se em gerar muitas categorias, propriedades e hipóteses acerca de problemas gerais, sendo caracterizado como um método indutivo. Este método desenvolve-se ao longo de quatro etapas: comparação de incidentes, através de uma codificação aberta, cujo objectivo é a passagem da descrição à conceptualização, ou seja, a criação de categorias; integração das categorias e suas propriedades; delimitar a teoria, através de uma codificação selectiva, em que esta codificação se limita a aspectos da categoria central e às categorias associadas a ela de modo significativo; escrever a teoria (Pires, 2001).

Ao utilizar a metodologia da Grounded Theory o investigador inicia a análise com a codificação de cada incidente existente nos dados. Ao reflectir sobre os dados apresentados pelos actores, seja a partir de notas ou transcrições das sessões, a codificação vai sendo feita linha a linha. Deste modo, procede-se à comparação de cada incidente com os anteriores da mesma categoria, sejam do mesmo grupo ou de outros grupos estudados. Assim, para as diferentes categorias geram-se propriedades teóricas com diferentes dimensões a ser avaliadas pelo investigador.

Após a codificação das categorias há que redigir os memorandos. Os memorandos são ideias, teorizações sobre as codificações já feitas e a sua relação com aquilo que o analista pensa aquando da codificação. Ainda que numa primeira fase de elaboração de memorandos não seja fácil separar descrição de interpretação deve começar-se por uma fase mais descritiva tentando, progressivamente, conceptualizar os incidentes, pensar sobre as descrições, passando depois para a interpretação. O analista deve questionar-se acerca da principal preocupação ou problema do sujeito, sendo esta a linha orientadora para a elaboração dos memorandos. Através da recolha, codificação e análise desses dados é escolhido outro grupo a ser estudado em função da teoria emergente. O critério usado para decidir quando é que se deve parar de estudar novos grupos para uma dada categoria é a saturação teórica dessa categoria. Esta saturação significa que não são encontrados novos dados que proporcionem mais propriedades a uma categoria (Pires, 2001). Através de uma análise comparativa constante, a Grounded Theory assegura uma evidência fiável, estabelece o grau de generalização de um facto e ajuda a delimitar fronteiras, exercendo um maior poder explicativo e preditivo. A categoria central é aquela que explica grande parte da variação do fenómeno em estudo, o que implica que apenas as categorias relacionadas com esta é que deverão ser incluídas na teoria. Assim sendo, a categoria com maior poder

explicativo deverá ser saturada o mais rapidamente possível (Glaser & Strauss, 1967; Pires, 2001).

A teoria é, nesta metodologia, aquilo com que o investigador encerra o seu trabalho. Após a comparação, codificação e anotação de memorandos o pesquisador termina as suas conclusões com algumas teorias que emergiram desta análise rigorosa e sistemática e, por esta razão, esta teoria denomina-se teoria fundamentada nos dados, sendo um tipo de pesquisa interpretativa situada como uma variante dentro do interaccionismo simbólico.

Deste modo, a Grounded Theory permite que as principais categorias e processos emirjam partindo da descrição e interpretação de dados em vez de se centrar na testagem de uma teoria com hipóteses definidas à priori, permitindo desde o início um envolvimento do investigador na investigação como nunca aconteceu no método experimental.