



Pontifícia Universidade Católica De São Paulo

PUC-SP

Alcimeri Kühl Amaral Veiga Prata

Apoio e sustentação ao desamparo materno: uma escuta psicanalítica

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO

2016

Pontifícia Universidade Católica De São Paulo

PUC-SP

Alcimeri Kühl Amaral Veiga Prata

Apoio e sustentação ao desamparo materno: uma escuta psicanalítica

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de título de MESTRE em Psicologia Clínica, no Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura, sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhoa Cintra.

SÃO PAULO

2016

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

Catálogo da publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PRATA, Alcimeri Kühl Amaral Veiga

Apoio e sustentação ao desamparo materno: uma escuta psicanalítica/Alcimeri Kühl Amaral Veiga Prata; Orientadora Elisa Maria de Ulhoa Cintra, São Paulo, 2016.

141 páginas.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Área de concentração: Psicanálise) – Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Banca Examinadora

Às mulheres que vivem o doce
desafio diário da maternidade.

Pesquisa subsidiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelos dois anos de bolsa de estudos e a ajuda de custo.

A Elisa Maria de Ulhoa Cintra, minha orientadora, que guiou minhas dúvidas, me fez recuar quando preciso, enalteceu os meus acertos e acolheu minhas inquietações. Obrigada! Com a senhora aprendi sobre psicanálise e sobre ser psicanalista.

A Lourdes Santana Tomazella, minha psicanalista, que vasculhou dentro de mim lugares desconhecidos, apresentando-os de forma mais integradas e mais digeríveis.

Aos professores Dr. Cláudio Bastidas Martinez e Dra. Ana Cristina Marzolla, pelos apontamentos, sugestões e comentários preciosos na qualificação desta dissertação. Vocês são profissionais inspiradores!

Ao meu grupo de orientação, colegas e parceiros nesta jornada. À Ana Karina pela leitura cuidadosa dos meus textos, seus apontamentos sempre envoltos em carinho. À Claudia, que me fez acreditar em minha potencialidade como pesquisadora e escritora. À Amanda, ao André, à Márcia, ao Marcus e à Andréa, ouvintes atentos e ‘co-orientadores’.

Às amigas de longa data e às recém-chegadas em minha vida, vocês que cuidaram de mim e dos meus filhos para que eu cuidasse da minha formação: Elaine, Cris, Nath, Malú, Bruna, Izabella, Andréa, Elisabeth, Mariana, Jussara, Margarete, Suzana, Silvia, Léa, Angélica. Também ao amigo e compadre Thoroh.

Aos meus pais Paulo e Erica, que com tão pouco construíram muito.

A minhas irmãs Arlete e Arlene, que também foram minhas mães. Arlete, obrigada pela presença sempre constante, pelo amor e carinho. Mana, agradeço pela alegria sempre inspiradora. Aos meus irmãos Altamir, Adilson e Alberi. Miro, modelo de inteligência. Adilson, o irmão que sempre acreditou em mim. Alberi, sinônimo de descontração e boas risadas garantidas.

Ao Fernando Veiga Prata, pelo apoio e suporte.

Aos meus filhos Fabrício, Lorenzo e Pietro. Vocês trouxeram a tona o que há de melhor em mim: minha paciência e gratidão. Vocês me tornaram mais prestativa, menos ansiosa, mais amorosa e menos ambiciosa. Fabrício, com você aprendi a ser mãe, é errando e acertando que vou passando por todas essas etapas que você me apresenta. Agradeço pelo amor incondicional que você me presenteia todos os dias e por me fazer chorar de tanto rir com as suas piadas. Lorenzo, sua alegria sempre foi sua maior

qualidade, obrigada pelos sorrisos, pelas brincadeiras, pelas danças malucas no carro, com você aprendi a relaxar mais e a me preocupar menos. Pietro, obrigada pela sua sensibilidade, pelos milhões de “eu te amo mais” (só para registrar: eu te amo mais!), te agradeço pela doçura que você acrescenta todos os dias em minha vida.

Agradeço a todos, amigos, familiares e profissionais, que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta pesquisa.

Quando pressinto, por sentidos ter,
O sentido é meu antes de o sentir.
O Ouvir é ouvido antes de ouvir.
E o Ver é já visto antes de ver.

No que toco, parte Alma parte Eu –
A Alma com tudo o que é comum vivido
E Eu a parte em sombra do sentido
Que me faz errar e chamar-lhe meu.

O resto é saber porquê o pensar
Que súbito vai sem nada explicado,
Qual mensageiro que parte a troçar

Dita a mensagem sem nada dizer;
Como tendo o código em papel cifrado
Escrito em língua que não saiba ler.

Fernando Pessoa

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar quatro casos de mulheres que se tornaram mães pela primeira vez e que foram atendidas através de uma escuta psicanalítica empática, direcionada para a questão do desamparo materno. O referencial teórico privilegiou as contribuições de Freud, Klein, Bion e Winnicott, além de alguns psicanalistas que trabalham especificamente com a maternidade. Um dos resultados relevantes foi a construção de um modelo de escuta psicanaliticamente orientado para as vicissitudes da maternidade.

Palavras-chave: escuta psicanalítica, maternidade, relação mãe-bebê.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze four cases of women who became mothers for the first time and were answered through an empathetic psychoanalytic listening, directed to the issue of maternal helplessness. The theoretical framework focused on the contributions of Freud, Klein, Bion and Winnicott, among other psychoanalysts who specifically work with motherhood. One of the most relevant results was the construction of a listening model psychoanalytically oriented towards motherhood vicissitudes.

Keywords: Psychoanalytic listening, maternity, mother-infant relationship.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I

O Processo de desenvolvimento e o papel dos pais 86

FIGURA II

Foto do desenho com formas circulares 126

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 Capítulo 1	
SOBRE A ESCUTA PSICANALITICAMENTE ORIENTADA	25
1.1 Sobre a escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade	36
1.2 As várias faces do desamparo	42
 Capítulo 2	
A MATERNIDADE E SUAS ADVERSIDADES	48
2.1 Estou indo para casa, agora vou ser mãe	52
2.1.1 A capacidade para se preocupar, cuidar e amar: o papel da mãe	64
2.2 Uma imobilidade ativa: Rosália, seus gêmeos e a presença do pai	74
2.2.1 Pai: o colo indispensável	83
2.3 Compreender o ataque como defesa extrema: da violência ao abraço	89
2.3.1 As defesas maníacas e os movimentos reparatórios	96
 Capítulo 3	
OUTRA SITUAÇÃO DE ESCUTA	
PSICANALITICAMENTE ORIENTADA	106
3.1 Uma sessão de observação e de escuta psicanaliticamente orientada	115
3.2 A hora do banho	121
3.3 O bebê cresce e os pais também	124
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

INTRODUÇÃO

Filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem. Isto mesmo! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado. Perder? Como? Não é nosso, recordam-se? Foi apenas um empréstimo.

(José Saramago)

Inúmeras foram as ocasiões em que me vi pensando nesta passagem do escritor e poeta português José Saramago. Não são apenas as palavras, envoltas em um sentido tão especial quanto a maternidade e a paternidade, que ressoam neste trecho. Algo mais profundo, à primeira vista incompreensível, me intriga: a relação de cumplicidade, doação, amor e, ao mesmo tempo, de dúvidas, incertezas e de inseguranças que caracteriza a tríade pai-mãe-filho.

Inicialmente, foi essa relação que direcionou minhas expectativas de pesquisa, e elaborei meu projeto de mestrado pensando em abrir possibilidades de estudo sobre o bebê primogênito, seus pais e a dinâmica edípica dessa relação nascente. Considerava que o casal parental, que até aquele momento era apenas *um casal*, precisaria se reajustar tanto social quanto psiquicamente às suas novas funções. Além disso, pai e mãe precisariam responder à suposta onipotência do bebê, responsabilizando-se pelos desdobramentos do contato inicial desse pequeno sujeito com o mundo. Penso que se trata de uma questão de relevância considerável e que, de fato, mereceria uma investigação mais aprofundada. Foi por esse motivo que me lancei à pesquisa de campo

e acompanhei durante cinco meses o nascimento e os primeiros momentos de vida de um bebê com os seus pais. Foi assim que conheci Fábio, Clarice e Antônio Carlos.

Clarice estava no nono mês de gestação. O casal se propôs a participar desta pesquisa¹, que tinha então como propósito analisar as ressonâncias do nascimento do primeiro filho na construção da relação da tríade pai-mãe-bebê. Faltando apenas poucas semanas para o parto, realizei uma primeira entrevista com o casal. A gestação seguiu tranquilamente até o nascimento do bebê, quando o casal me comunicou que estaria pronto para dar continuidade aos nossos encontros. Já com o filho nos braços, Clarice e Fábio permitiram que eu acompanhasse o desenvolvimento desta relação triádica por alguns meses. Foram nove encontros no total, que ocorreram entre o nono mês de gestação e o quarto mês de vida de Antônio Carlos.

Acompanhando esse casal e o seu bebê recém-nascido, não pude deixar de avaliar o quanto as dúvidas, inquietações e incompreensões que se faziam presentes não eram muito distintas de outras situações que acompanhei, em outro contexto profissional. Trata-se de casais cujos recém-nascidos precisaram permanecer internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Embora fossem situações distintas quanto aos moldes de atendimento realizados (os encontros com Clarice, Fábio e Antônio Carlos aconteceram na residência destes, os casais com filhos em UTIN foram atendidos no próprio hospital) havia algo análogo nessas situações: o desamparo materno.

Os encontros com Clarice, Fábio e o bebê foram orientados pelo método de observação Esther Bick². Assim, sempre após as sessões de observação, o material era

¹ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil sob o número 38213014.4.0000.5482.

² Esther Bick (1902-1983), psicanalista, analisanda de Michael Balint e supervisionada por James Strachey e Melanie Klein, exerceu papel importante no estabelecimento da psicoterapia infantil como profissão. Convidada por John Bowlby a ser professora na Clínica Tavistock de Londres, sistematizou, neste contexto, a prática de observação de bebês em seu próprio ambiente familiar. Em relação ao método Esther Bick, Mélega e Ribeiro (2008) explanam que este é baseado nos princípios psicanalíticos e tem

levado para apresentação e supervisão em grupo (grupo este constituído pela orientadora e por colegas mestrados e doutorandos). Então, quando expunha o material aos colegas, era comum fazer referência a esses casos que havia acompanhado no contexto de UTIN. O interesse em explorar de forma mais abrangente as situações de mães que se viam desamparadas e incompreendidas diante dos riscos de vida de seus bebês foi sendo alimentado, então, a partir do acompanhamento de uma maternidade considerada “normal”, ou seja, sem intercorrências neonatais ou puerperais.

A ideia de direcionar a pesquisa para a experiência da maternidade foi estimulada pela orientadora e por colegas que traduziram meu entusiasmo pelos casos apresentados em problemas de pesquisa: Como amparar e acolher o desamparo da mulher que acabou de se tornar mãe? Ou melhor, é possível acolher e sustentar esse desamparo? Como fazê-lo? A escuta psicanalítica seria uma possibilidade? Em caso afirmativo, quais os limites e as potencialidades dessa escuta dentro deste contexto de atendimento?

Mas, antes de adentrar na especificidade de como a psicanálise fundamenta e orienta meu processo de escuta, penso ser necessário traçar algumas considerações sobre meu interesse pela maternidade.

Voltar no tempo e precisar o momento em que esse tema começou a tecer alguma relevância em minha vida talvez seja uma tarefa deveras complicada. Precisaria quiçá ter acesso às minhas próprias experiências constitutivas, à maneira como fui amparada, amada e acolhida enquanto filha. Não pretendo retroceder tanto na história, por isso começo a partir de minha experiência como mãe.

como premissa a observação da relação mãe-bebê, durante uma hora por semana, por um ou dois anos. No contexto da observação, o observador/psicanalista/pesquisador permanece no campo da experiência emocional da dupla mãe-bebê, tentando descrever todos os movimentos afetivos e detalhes da interação mãe-bebê, e o contexto em que estes fenômenos estão ocorrendo. A riqueza deste método de observação está em poder exercitar a percepção das peculiaridades e modificações de uma relação em estado nascente.

Fui apresentada ao universo materno há quinze anos, quando fui mãe pela primeira vez. Não foi um início fácil - encontrava-me em um país estrangeiro, distante da família e de amigos, com uma gestação considerada de alto risco e que resultou em um parto prematuro. Quando meu bebê estava internando na UTIN, muitas vezes vivia momentos de angústia extrema. Contava então com a escuta e o apoio, para além do meu esposo, de uma enfermeira da sala de ordenha de leite. Depois, outros filhos chegaram (mais dois), e com eles mais duas novas experiências de gestação de alto risco, resultando em partos prematuros.

As experiências com filhos prematuros me trouxeram alguns questionamentos que, anos mais tarde, pude rever e estudar, resultando em uma pesquisa que publiquei em coautoria³. Ecoava em meus pensamentos que, para além das semelhanças que unem mães, pais e seus bebês, talvez fosse possível supor que, para as mães de bebês prematuros, as ansiedades advindas dessa especificidade pudessem reverberar, de alguma forma, na maneira como estas cuidavam - maternavam⁴ - de seus filhos.

Penso que todo nascimento comporta certo grau de angústia e um remanejamento psíquico profundo. Entretanto, quando se trata de um nascimento prematuro, é como se uma “tempestade psíquica” caísse sobre o casal que acabou de se credenciar para a experiência parental (DRUON, 2011). Minha pesquisa realizava uma comparação entre mães de prematuros e de bebês que nasceram a termo, com a ajuda do teste projetivo TAT (Teste de Apercepção Temática). Analisando mais detidamente os dois grupos, foi possível perceber que a angústia, insegurança, as apreensões e os medos dirigidos ao filho são afetos que podem estar relacionados à primiparidade (mãe de

³ Artigo publicado na Revista Aletheia, n. 38-39 de 2012: Expectativas e experiências na gestação a termo e na gestação pré-termo: estudo comparativo com auxílio de Técnica Projetiva. Para um maior aprofundamento, cf.: PRATA, Alcimeri K. A. V.; BARROS, Izabella P. M., 2012.

⁴ O termo “maternar”, que por várias vezes aparece neste trabalho, é um neologismo criado para nos referirmos à capacidade da mulher de cuidar, amparar e acolher o seu bebê. Em um sentido mais estrito, é poder oferecer aquilo que Winnicott (1966/2006) chamou de *holding*.

primeiro filho) e não exclusivamente a mães que tiveram seus filhos prematuramente. De certa forma, todo filho de mãe primípara é prematuro, sendo que a prematuridade, neste caso, decorre do despreparo e do desamparo que muitas mães de primeira viagem sentem. Talvez a experiência real do nascimento aconteça antes da completa gestação psíquica da mulher, que muitas vezes se sente despreparada para a tarefa de ser mãe. Por isso, proponho dizer que o filho nasce “antes da hora”, prematuro.

Estudando um pouco mais a vivência de mães de filhos prematuros, pude ampliar meu próprio processo de simbolização referente às experiências traumáticas que experimentei em minhas gestações. Quando surgiu a oportunidade de trabalhar no atendimento de mães, pais e familiares que estavam com seus recém-nascidos em UTIN, senti que esse era um chamado para colocar em prática aquilo que havia aprendido com a experiência e lapidado com o estudo.

O serviço de psicologia do hospital em que tive a oportunidade de atuar propõe-se a oferecer uma acolhida e uma escuta terapêutica às mães, aos pais e familiares que estão com seus bebês internados na UTIN. A equipe de psicologia é formada por profissionais de diferentes áreas de atuação que trabalham em prol de um objetivo comum: oferecer apoio psicológico às mais diversas situações que acometem mães, pais e familiares usuários da maternidade do hospital. Tendo formação em psicanálise e trabalhando no consultório como psicanalista, sempre que minhas colegas de trabalho e eu discutíamos um caso, ressaltava que meus atendimentos eram alicerçados em uma “escuta psicanaliticamente orientada⁵” - termo que utilizarei doravante neste estudo.

Foram centenas de pessoas atendidas, sendo que a quase totalidade dos casos era de mães que estavam ainda gestantes e precisavam de repouso e de cuidados médicos

⁵ O uso do termo “orientada” tem um duplo sentido, pois refere-se às bases teóricas que orientam a escuta da terapeuta e, ao mesmo tempo, orienta, serve como rumo - um norte - para guiar as mães em situações de angústia, medo e conflitos.

intensivos, por isso permaneciam internadas no hospital, ou de mães que estavam com seus filhos internados na UTIN. Em alguns momentos esporádicos, fazia-se necessário o atendimento ao pai ou a algum outro familiar. Casos aparentemente simples, como bebês com desconforto respiratório, até ocorrências extremas, como morte neonatal, eram situações com as quais a equipe de psicologia precisava lidar todos os dias.

Retomando minha história pessoal, já havia passado pela experiência de estar em uma UTIN por três vezes, por isso foi relativamente tranquila a adaptação a esse ambiente com bebês extremamente prematuros, de baixíssimo peso, bebês síndrômicos ou com anomalias genéticas que iam de moderadas a graves. Diante das mais inusitadas situações que poderiam acontecer durante um dia de trabalho, havia uma prerrogativa de que eu não abria mão, por isso era sempre a minha primeira ocupação do dia: estar com os bebês. Era muito importante que eu pudesse dar um rostinho ao nome impresso no prontuário, para que só depois fosse atender a mãe. Nos casos em que a mãe já estava em atendimento, era premente saber sobre o estado de saúde do bebê, principalmente suas evoluções e seus declínios. Mas, acima de tudo, era preciso garantir que o fio conector entre ambos fosse amparado por toda uma equipe que trabalhava para isto, atar os laços da dupla.

Bebês me encantam. Estar com eles, mesmo em uma situação de extrema fragilidade como em uma Unidade de Terapia Intensiva, renovava minhas forças e potencialidade para amparar mães em estados desorganizados, desamparadas, fragilizadas e muitas vezes desesperançadas.

O trabalho realizado com essas mães configura-se em uma escuta pautada na compreensão, no acolhimento, no potencial de vinculação entre mãe-bebê e no apoio físico e emocional oferecido pelo psicanalista. Como já nos indicava Winnicott (1966/2006), a mãe representa para o seu bebê o ambiente facilitador, ou seja, será ela

quem irá prover o que é necessário para que o filho desenvolva suas potencialidades constitutivas. É a mãe que assenta as bases da saúde mental do indivíduo. Nas palavras do próprio autor (op. cit., p. 20):

Do ponto de vista da saúde mental, a mãe (se agir de forma adequada) estará também criando os fundamentos da força de caráter e da riqueza de personalidade do indivíduo. A partir de uma tal base positiva, o indivíduo tem, com o passar do tempo, uma oportunidade de lançar-se no mundo de uma forma criativa, e de desfrutar e usar tudo aquilo que o mundo tem a lhe oferecer, inclusive o legado cultural. Infelizmente, é uma grande verdade que, se uma criança não começar bem, então poderá não desfrutar do legado cultural e a beleza do mundo não passará de um colorido torturante, impossível de desfrutar.

Essa citação traz uma perspectiva que me é muitíssimo cara, a de que os momentos iniciais da vida de um bebê são a base para todo o advir de sua vida. Acrescento ainda que se, como nos aponta o autor, é a mãe que irá fornecer o ambiente facilitador para que o bebê possa estar no mundo e vir a ser um sujeito psíquico constituído, é de relevância considerável que ela esteja em condições de fazê-lo.

Em situações “normais”⁶, as mulheres gestantes contam com um aparato médico, familiar e social que lhes garante uma entrada no universo materno com o suporte necessário para que consigam lidar com as vicissitudes que essa condição, por si só complexa, tende a apresentar. A maternidade pode suscitar dúvidas, inseguranças, desilusões, medos, receios... a lista é longa. O que assegura que a mulher consiga sobrepujar tais preocupações e voltar-se ao cuidado do bebê que acabou de gestar, e trouxe ao mundo, são suas experiências positivas de também ter sido amada e cuidada e, ao mesmo tempo, uma rede social que garanta sua segurança para que assim possa se

⁶ As aspas são necessárias para pontuar que o termo normalidade refere-se àquilo que é desejado e esperado em relação aos cuidados da família, da sociedade e do Estado em relação às mulheres gestantes.

dedicar e identificar-se com o seu bebê, tal como nos alerta Winnicott (1966/2006, p. 4): “Penso que quando o bebê já está pronto para nascer, a mãe, se adequadamente assistida por seu companheiro, pela Previdência Social ou por ambos, está preparada para uma experiência na qual ela sabe, muitíssimo bem, quais são as necessidades do bebê”.

Mas o que dizer quando uma situação inesperada – como a de um parto prematuro ou de problemas médicos com o recém-nascido – desconcerta a mulher a tal ponto que ela, mesmo amparada por essa rede de cuidados, não consegue prover para o seu filho condições de estar no mundo? Diante de uma experiência disruptiva e de uma quebra narcísica, essa mãe teria condições de se engendrar em uma experiência de ligação, de continência e de *holding*? O caos e a desorganização emocional permitem uma experiência de identificação e de preocupação materna primária com o filho? Ao longo desta dissertação, busco então responder a tais perguntas.

Voltemos nossa atenção para o que nos diz Melanie Klein (1933/1996, p. 286) sobre o papel dos pais na vida da criança: “a consciência do indivíduo é consequência, ou representante, da sua relação inicial com os pais. O indivíduo de certa forma internaliza os pais – colocando-os dentro de si”. Inaugurado pela psicanálise, tal pensamento tornou-se de conhecimento comum, na atualidade; talvez não necessariamente nos moldes a que Klein se refere, mas, de certa forma, já é sabido que os pais são figuras importantes e fundamentais na constituição do sujeito. A presença de pais amorosos, compreensivos e especialmente de uma mãe “suficientemente boa” (conceito winnicottiano que abordo mais adiante) nos primeiros momentos de vida da criança demarca uma possibilidade integrativa e constitutiva, uma possibilidade de *vir a ser*. Mas se a mãe está paralisada afetivamente diante do choque do nascimento, podemos supor que essa paralisia materna é vivenciada pelo bebê como um trauma em virtude daquilo que, para ele, pode ser sentido como perda de amor e de sentido.

Em nossa sociedade, a família exerce papel fundamental para sustentar uma rede de cuidadores que irão olhar para a mãe e seu bebê. É muito comum a mãe da mãe cuidar da filha e do neto nas primeiras semanas de vida do bebê. Quando da ausência da avó materna ou paterna, existe a sogra, uma tia ou até mesmo uma amiga. A rede de cuidados foi muito bem assentada em nossa cultura. Entretanto, quando o inesperado acontece, trazendo uma quebra das expectativas no que se refere à chegada do bebê no seio familiar, mesmo que essa rede de cuidados esteja bem alinhada, uma escuta psicanaliticamente orientada pode dar suporte e sustentação ao turbilhão de afetos deslocados, culpas veladas, medos não ditos e fracassos assumidos, aspectos aos quais me atenho mais adiante neste estudo.

Presenciamos nas últimas décadas o quanto a psicanálise tem amplamente aberto campos de pesquisa nas mais diversas situações relacionais. O estudo da relação mãe-bebê há muito desperta interesse dos teóricos e profissionais que se debruçam sobre esse tema – quer sejam impulsionados pelo estudo da patologia para entender a normalidade, ou simplesmente para compreender o processo de formação do sujeito. Neste trabalho, dedico especial atenção à situação de desamparo que mulheres primíparas tendem a vivenciar com a instauração da maternidade, principalmente, mas não exclusivamente, nos casos de intercorrência neonatal. Mas, ao falar da mulher que se torna mãe pela primeira vez, faz-se premente também olhar e compreender a relação nascente mãe-bebê. Desta feita, objetivando ampliar a compreensão de uma escuta psicanaliticamente orientada para as vicissitudes da maternidade, proponho que, por meio de alguns casos, possamos acompanhar o nascimento de mães e bebês que irão nos guiar por um universo de descobertas, tristezas e alegrias.

Não desconsidero o quanto a proposta de usar casos clínicos precisa ser pensada cuidadosamente para que a publicação destes possa estar pautada em uma ética e em

uma técnica muito bem alinhadas. No que concerne à técnica, estamos olhando para tudo aquilo que define a práxis da psicanálise, tais como a livre associação, escuta livremente flutuante, o uso do divã, entre outros. Já na dimensão ética, estamos focando na disposição do analista em estabelecer contato com o analisando e consigo mesmo, oferecendo cuidado, amparo, um ambiente no qual ele possa sentir-se acolhido e seguro com a premissa do sigilo. Sobre isso, Telles (2008, p. 38) alerta:

A publicação de casos clínicos se inscreve numa situação conflitiva de difícil solução. De um lado, a privacidade do paciente, protegida pelo sigilo profissional preconizado pela ética médica. Do outro, a necessidade de promover o ensino e a pesquisa da Psicanálise, para os quais é imprescindível a publicação de casos clínicos.

Podemos perceber a instalação de um dilema que concerne ao tema. Cintra e Naffah Neto (2012, p. 35) orientam:

Do outro lado do divã, podemos afirmar que cada psicanalista tem uma capacidade metafórica diversa, e também uma disposição variável a se entregar com paciência ao trabalho de pesquisa seja em seu consultório, seja convivendo com as teorias e os relatos de outros casos, seja quando lê, escreve, orienta pesquisas e discute com seus pares; em todos esses domínios há pesquisa e toda pesquisa consequente do universo psíquico conduz a impasses e aporias que precisam ser ultrapassados, ainda que parcialmente.

Essa situação de impasse e de paradoxo é comumente o caminho inexpugnável percorrido pela psicanálise. Por um lado, temos os pacientes que confiaram suas histórias, seus sofrimentos e suas angústias ao psicanalista com o intuito de abrandar suas dores afetivas e psíquicas. De outro, somos convidados a refletir sobre casos clínicos com o objetivo de gerar conhecimento e de passar adiante a matéria da psicanálise.

Telles (2008) sugere cinco alternativas para esse impasse. A primeira seria o “disfarce nas exposições clínicas”, o que ele considera a forma mais tradicional de lidar

com o problema. Alerta apenas que todo o dado alterado ou disfarçado deve seguir uma lógica coerente com aquilo que se pretende discutir do caso. A segunda sugestão do autor seria a possibilidade da assinatura de um “consentimento informado”, que esclarece ao sujeito da pesquisa o uso das informações sobre o caso. A terceira forma seria o “enfoque processual” que “dispensa a história e os elementos de identificação do analisando, atendo-se aos movimentos pontuais da fantasia e da transferência na relação analítica, num determinado momento do processo” (TELLES, 2008, p. 41). Outra possibilidade seria o “uso de figuras compósitas ou compostas” que “é uma forma que pode ser usada apenas para fins didáticos e sempre exposta como tal – características e traços de diferentes pacientes compondo uma figura para fins de ilustração da patologia” (op. cit., p. 42). O quinto e último recurso sugerido pelo autor seria o analista solicitar a um colega, a quem ele contaria o caso, que o relatasse; assim, tanto o analista quanto o analisando ficariam protegidos, visto que o paciente não conseguiria fazer a conexão do seu nome ao caso relatado.

Percorremos essas cinco possibilidades de exposição de casos clínicos para que, assim, pudéssemos justificar a escolha de dois, entre os cinco recursos expostos. O primeiro, o “consentimento informado”, foi utilizado para tratar do caso que acompanhei durante cinco meses (relatado no Capítulo 3). A possibilidade de ter o consentimento informado apenas foi viável porque o casal, sabendo da proposta de pesquisa, aceitou contribuir para a publicação deste estudo. Para os demais relatos de caso (Capítulo 2), foi utilizado o “disfarce nas exposições clínicas”.

Dessa forma, seguindo o que foi exposto por Telles (2008), fatos da história prévia das mães, idade da mulher, idade gestacional no parto, peso do bebê, comorbidades à situação de prematuridade e outras referências não relevantes àquilo que pretendo investigar aqui foram deliberadamente alterados, disfarçados ou omitidos

para que, assim, a identidade e a privacidade dessas mães pudessem ser protegidas. Feito isso, busquei reproduzir, da maneira mais fidedigna possível, o discurso dessas mães e suas atitudes transferenciais, bem como eventuais reações contratransferenciais.

Considerando que a transmissão da psicanálise também se dá por meio da narrativa da experiência clínica do psicanalista, os casos clínicos apresentados servirão como arcabouço para entrarmos nos meandros da teoria e, desta feita, na pesquisa propriamente dita.

Interessante observar, ainda, o que Cintra e Naffah Neto (2012) explanam sobre a pesquisa psicanalítica. Para eles, existem dois tipos: a pesquisa-escuta e a pesquisa-investigação. A primeira diz respeito à pesquisa clínica por excelência, sendo então postas em cena a associação livre do paciente e a atenção flutuante do analista. Já a segunda versa sobre a “pesquisa teórico-metodológica, responsável em última instância pelo crescimento e o aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo” (op. cit., p. 41). Ambas se complementam e se alternam, e foi nessa possibilidade de trocas entre uma e outra que este trabalho se embasou.

Então, pensando na pesquisa-investigação, apresento no Capítulo 1 um breve levantamento das escutas psicanalíticas desde Freud, passando por Klein, Bion e Winnicott, para, em seguida, construir meu próprio modelo de uma escuta psicanaliticamente orientada para a questão da maternidade. No Capítulo 2, compartilho minha experiência no atendimento de duas puérperas e uma gestante no ambiente hospitalar, diante de situações de risco. Esses casos foram escolhidos por representarem, de forma ampla, o trabalho dentro de uma maternidade e por terem me sensibilizado e mobilizado a buscar compreender melhor essas distintas situações. A pesquisa-escuta serviu como arcabouço que ancorou esses atendimentos. No terceiro e último capítulo,

relato a experiência com o casal Clarice e Fábio, que vivia então o nascimento de seu primeiro filho, Antônio Carlos. Novamente, busquei embasamento teórico em autores que pudessem dar sustentação às minhas hipóteses clínicas. Por fim, teço algumas considerações sobre a experiência de pesquisa, apontando minhas conclusões e inconclusões.

Capítulo 1

SOBRE A ESCUTA PSICANALITICAMENTE ORIENTADA

O sujeito humano só se mantém vivo e capaz de trabalhar e amar se puder se constituir e se reconstituir como feixe de sentidos em constante mutação, se puder narrar a sua vida a alguém que o escuta.

(Elisa Maria de Ulhôa Cintra e Alfredo Naffah Neto)

Embora a prática clínica nos moldes de um *setting*⁷ psicanalítico tradicional seja essencial para atender demandas individuais, nas últimas décadas muitos psicanalistas estão sendo chamados a exercer a psicanálise fora dos padrões clássicos convencionais. Figueiredo (2012, p. 20) aponta que “trata-se de uma convocação nebulosa, pois quem o chama não costuma saber muito bem para que um psicanalista pode ser útil, sendo que este próprio muitas vezes alimenta as mesmas dúvidas”.

Diante das dificuldades que o exercício da psicanálise extra consultório pode apresentar, apoio minha perspectiva de trabalho na afirmação de Cintra e Naffah Neto (2012), os quais defendem que nos mais variados domínios em que ocorre a pesquisa psicanalítica há impasses e aporias⁸ que precisam ser ultrapassados: “por isso um dos aspectos importantes da pesquisa em psicanálise é pensar-se a si mesma, redescobrir, elucidar e aprofundar a sua prática e suas contradições, o seu método e suas aporias” (op.cit., p. 35).

⁷ O *setting* é tanto o conjunto do espaço físico (sala, mobília), como do espaço psíquico (acolhimento, disponibilidade) oferecido pelo psicanalista. Desta feita, o *setting* tradicional referido é aquele ao qual o sujeito procura por uma psicanálise, em um consultório, para tratamento a longo prazo, de seus sofrimentos.

⁸ Áporo: dá a dimensão de um problema sem saída, com solução difícil.

Entretanto, em concordância com Ogden (2010), para quem a arte da psicanálise, em sua gênese, é um permanente processo de invenção durante o caminho, os analistas são chamados a “inventá-la” a cada situação de escuta, a cada acolhida oferecida, a cada sofrimento com eles compartilhado. A proposta de inventar a psicanálise não tem a intenção de desvirtuar os conceitos balizados por Freud e seus sucessores, nem tão pouco sugerir uma prática divergente daquela tão bem alicerçada por eles. A “invenção” está exatamente na possibilidade de oferecer um atendimento para a especificidade de cada caso e cada situação.

Desta forma, a finalidade desta proposta é a de poder compreender como a escuta psicanalítica vem se tornando uma terapêutica importante para além do *setting* clínico tradicional e, essencialmente, abranger um modelo voltado aos impasses, às alegrias e vicissitudes da maternidade.

A mulher que se torna mãe passa por uma gama de sentimentos difusos devido ao fato de estar vivenciando uma fase de grandes transformações: no corpo, na vida social e na psique. O modo como cada uma delas irá experimentar esse período de transformação está diretamente relacionado à sua história pessoal prévia e também ao contexto particular no qual a gravidez se insere. Diante de tantos fatores – de ordem interna e externa – não é incomum que a própria gravidez e, posteriormente, o nascimento do bebê causem rupturas psíquicas que podem levá-la a viver uma experiência de tristeza, insegurança, desânimo e desamparo. Essas ocorrências e o sofrimento psíquico que se instala não estão necessariamente ou estritamente vinculados à gestação e ao nascimento do filho, pois podem ter suas raízes em fatos antecedentes da vida da mulher.

O sofrimento psíquico pode, neste sentido, ser fruto de experiências traumáticas não simbolizadas, estar ligado a fracassos de um ideal de realização, a lutos não

elaborados, ou ainda a alguma turbulência emocional que se instala de forma abrupta. Por outro lado, esse tipo de situação pode fazer eclodir conflitos intrapsíquicos que estavam velados, tornando o sujeito vulnerável não apenas à circunstância emergente, como também a toda uma experiência anterior não simbolizada. O papel do psicanalista, independentemente do contexto do atendimento, é então o de proporcionar uma terapêutica que abra possibilidades para o sujeito dar sentido a sua vida e às vicissitudes de sua existência. Trata-se de oferecer uma experiência integradora para que, a partir dela, possa recuperar os objetos perdidos dentro de si.

O psicanalista se propõe a escutar o outro, ouvir seu sofrimento, acolher sua angústia, amparar seu desespero e guiá-lo pelo seu desamparo porque acredita que existe um sujeito que possui potencialidades integrativas e que, perdido em suas dores, pode se beneficiar de uma escuta acolhedora. A dor falada solicita escuta. A escuta psicanalítica possibilita que a dor seja transformada em experiência. A experiência de ser escutado permite a elaboração da experiência emocional.

Para falar em uma escuta psicanalítica, é necessário reiterar previamente seu valor não apenas na situação analítica clássica, mas também em toda situação de atendimento na qual a psicanálise serve como fundamento da escuta. Pensando no que afirma Figueiredo (2014b, p. 135), de que na atualidade o que prevalece na psicanálise é uma “escuta polifônica”⁹, ou seja, “uma escuta ampliada, diversificada, paradoxal”, que reúne uma pluralidade de conceitos que se harmonizam de forma coerente na prática clínica, almejo esboçar a seguir algumas considerações que funcionam como referência para a construção do meu próprio processo de escuta psicanalítica e, a partir disso, de

⁹ Segundo Mikhail Bakhtin, filósofo e pensador russo, a polifonia é usada, na linguística, para determinar a presença de outros textos dentro de um texto. O autor é inspirado e influenciado por outros textos prévios, que direcionam o contexto da sua escrita: “a polifonia de uma obra diz respeito à multiplicidade de vozes que, orientadas para fins diversos, se apresentam libertas do centro único incorporado pela intencionalidade do autor. Por meio desse recurso temos, segundo o filósofo russo, a “interação de consciências equipolentes e interiormente inacabadas” e a “vontade de combinação de muitas vontades, a vontade do acontecimento”” (DISCINI, 2006, p. 72).

uma escuta psicanaliticamente orientada para a questão do desamparo materno. Dessa forma, busco complementar e dar suporte a pesquisa-clínica, “reinventando” – como sugerido por Ogden – os moldes de uma clínica extra consultório e, ao mesmo tempo, harmonizando os vários conceitos que visitaremos nesta pesquisa.

Sinto a necessidade de voltar a alguns pontos do trajeto histórico desde Freud (1856-1939), até algumas modalidades de escuta por autores que embasam minha clínica. Penso que, conquanto o processo de escuta seja distinto na clínica psicanalítica nos moldes tradicionais e no atendimento psicanalítico em instituições, as bases teóricas para a sustentação da posição do analista frente à escuta do outro são edificadas sobre o mesmo alicerce: o sofrimento psíquico.

Desde a criação da psicanálise por Freud no final do século XIX, vemos a instauração da tentativa de compreender o funcionamento da mente humana pela ótica do inconsciente, por meio da livre associação e de uma escuta livremente flutuante, que são condições *sine qua non* para a escuta psicanalítica. A seguinte passagem escrita por Ogden (1996, p.24) resume de forma coerente os aspectos da clínica e da escuta freudiana:

Freud propôs um modelo da mente no qual não há posição privilegiada em que localizar o sujeito, quer na consciência quer no âmbito do inconsciente dinâmico. Pelo contrário, o sujeito está constituído por atos psíquicos que têm qualidades de consciência e ausência de consciência. (...) cada maneira de ser inconsciente é experimentada por via dos seus efeitos na consciência, ou seja, na maneira como a experiência perceptível, conscientemente registrada é formada, interrompida, intensificada, “lacunizada”, contextualizada, etc.

Foi exatamente pensando nesses aspectos apontados por Freud que Melanie Klein (1882-1960) pôde ampliar o campo da psicanálise para áreas até então

inacessíveis ou muito problemáticas - como nos casos de pacientes psicóticos, autistas e *borderline* - como também trouxe novas propostas terapêuticas ao atendimento de adultos neuróticos (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010). Esse estilo de trabalho clínico, respaldado a partir de Freud, mas exponencialmente novo no que concerne ao alcance da técnica, é pautado em um procedimento de escuta que irá priorizar angústias¹⁰ e defesas.

Outro destaque na clínica kleiniana é a interpretação das mais variadas formas de comunicação não verbal. É o se deixar ser impactado pelo que vem do paciente e compreender a emoção que está se manifestando. A interpretação dos efeitos do que o paciente suscita no analista, que não é redutível aos afetos e ideias, desejos e angústias conscientes que sentimos diante do paciente, mas algo inconsciente que se manifesta nessas situações, faz com que voltemos nossa escuta aos processos interativos das relações de objeto daquele que nos fala. Assim, a escuta privilegia os processos interativos entre analista e paciente, e a interpretação destina-se a dar forma às comunicações não verbais.

Para Klein (1935/1996), as fantasias inconscientes produzem angústias e, por sua vez, as defesas reagem de forma a proteger o ego de possíveis retaliações. Nesse intrincado jogo de moções intrapsíquicas, o analista participa de forma ativa, ouvindo, intervindo e interpretando. A clínica psicanalítica em Klein diz respeito à escuta dos processos intersubjetivos entre analista e paciente, os quais se desdobram continuamente.

Podemos compreender então que, na clínica kleiniana, o analista escuta: 1) as posições esquizo-paranoide e depressiva, pois entra em contato com as ansiedades

¹⁰ O termo original em alemão utilizado por Klein é “*angst*” (angústia). Entretanto, a palavra em inglês foi traduzida como *anxiety*, o que fez com que o termo também sofresse alteração para o português, sendo traduzido muitas vezes como “ansiedade”. Desta forma, ansiedade e angústia são equivalentes em termos semânticos. Neste artigo será utilizada a palavra angústia, salvaguardando que em algumas citações possa aparecer o termo “ansiedade”.

paranoide e depressiva; 2) as defesas, ou seja, as formas como o sujeito se organiza para defender-se de certas angústias; 3) as fantasias inconscientes, ou seja, a inscrição psíquica dos impulsos libidinais e/ou destrutivos; 4) as relações de objeto - a maneira como o analisando irá se relacionar e estabelecer contato com os objetos externos e com o seu mundo interno; 5) as identificações projetivas - a expulsão violenta de partes do *self* que são colocadas em outro objeto, *a priori*, no analista.

Seguindo nessa retomada das escutas que alicerçam o atendimento psicanalítico na maternidade, vamos até Wilfred Bion (1897-1979) para entendermos dois de seus principais conceitos sobre esse tipo de escuta que aqui propomos: o processo de *rêverie* e a noção de continente/conteúdo. Bion (1967/1994, p. 163) nos fala que o psicanalista deve estar na sessão analítica “sem memória, sem desejo e sem ânsia de compreensão”. Ou seja, de que é indispensável ao psicanalista que libere a escuta para um contato mais espontâneo, menos preparado e, por consequência, menos defendido. A proposta de Bion é de que o psicanalista possa ter uma escuta pautada na não-compreensão, no inesperado, não transformando o que é dito pelo paciente no já sabido; uma escuta que seja aberta e que possa ouvir o indeterminado. Essa escuta oferecida pelo psicanalista também carece conter a si mesma em um estado de incerteza e desenvolver uma capacidade de não saber.

Essa forma de escutar em Bion pode nos levar, comumente, a situações nas quais as tentativas de comunicação do paciente podem parecer desconexas, não lineares e também não verbais, contendo ainda conteúdos raivosos e violentos ou amorosos e benevolentes. Ao psicanalista fica designada a capacidade de permanecer em uma atitude de poder receber, acolher, decodificar, significar, nomear as angústias do paciente, para apenas posteriormente devolvê-las devidamente desintoxicadas, tal como em um processo de *rêverie* da mãe com o seu bebê: “A capacidade de *rêverie* da mãe é

o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo” (BION, 1967/1994, p. 134).

Estar aberto a receber as projeções do paciente, ou seja, ser o continente (representado por pelo símbolo ♀) dos conteúdos (representado pelo símbolo ♂¹¹) angustiantes é aquilo que podemos considerar os desígnios do psicanalista. Para Cintra (2003), cabe a nós, na função de continente, receber, acolher e processar os aspectos excessivos e indigestos dos afetos do paciente, cuidando e processando dimensões da experiência afetiva difíceis de suportar.

O último, mas não menos importante, psicanalista que me inspira a pensar sobre uma escuta psicanaliticamente orientada é Donald Winnicott (1896-1971). Seu percurso como psicanalista foi amplamente influenciado por sua prática como pediatra, o que lhe permitiu observar a relação mão-bebê *in loco*. Entretanto, foi também a observação clínica de crianças mais velhas, adolescentes e adultos que o impulsionou a enfatizar a importância dos processos ambientais na constituição psíquica e a teorizar sobre a noção de *self*.

De fato, Winnicott ressalta a necessidade de boas experiências – e de um ambiente suficientemente bom – para a constituição do sujeito. Diante dessa proposta de voltar o olhar para a relação do sujeito com o ambiente ao seu redor e considerando que a constituição do ego será enormemente influenciada por boas e más experiências, o autor amplia o alcance do método psicanalítico, obrigando a alterações na técnica e, por consequência, na forma de escuta.

Para Winnicott (1954/2000, p. 374), há uma ênfase maior na prerrogativa de que “a análise não consiste apenas no exercício de uma técnica”, ela precisa ser pensada de acordo com a particularidade de cada caso, de cada paciente. Essa nova possibilidade de

¹¹ Nos símbolos ♀♂ estão implícitas as configurações do modelo sexual, mulher e homem, aquele que contém e aquele que é contido (BION, 1967/1994).

pensar a clínica psicanalítica, ampliando os relevantes trabalhos de Melanie Klein e Anna Freud com a análise de crianças e muito pautada nos processos iniciais da constituição do sujeito, proporcionou a Winnicott um lugar de evidência entre os teóricos da psicanálise. Destaca-se também em sua clínica um novo modelo de atendimento, para além daquele conhecido até então, que ele irá designar como “consulta terapêutica”.

A consulta terapêutica é uma técnica extremamente flexível desenvolvida pelo pediatra e psicanalista para atender pais e crianças que utilizavam o serviço de psiquiatria infantil. Essa modalidade de atendimento é fundamentada na exploração das primeiras entrevistas entre psicanalista/paciente e abre possibilidades de avaliação, intervenção e ajuda psicológica:

Não há casos iguais e há um intercâmbio muito mais livre entre o terapeuta e o paciente do que num tratamento psicanalítico puro. Isso não diminui a importância das longas análises em que o trabalho é calculado nos acontecimentos diários, dentro de um material clínico de elementos inconscientes na transferência, elementos em processo de se tornarem conscientes devido à continuidade do trabalho. A psicanálise continua sendo para mim a base desse trabalho (WINNICOTT, 1971b/1984, p. 9).

Nas consultas terapêuticas, o psicanalista encontra-se e se mantém na “posição de objeto subjetivo” (WINNICOTT, 1971b/1984, p. 12), tendo uma maior oportunidade de estar em contato mais profundo com o paciente. Assim, o paciente cria dentro dele a figura do psicanalista, que não necessariamente é o psicanalista real, o que lhe proporciona a confiança de que está sendo compreendido, estabelecendo, dessa forma, uma comunicação mais profunda durante as sessões.

É esperado nas consultas terapêuticas que uma problemática emergente possa ser acolhida pelo psicanalista, sem que se tenha a pretensão de explorar ou solucionar o problema. Como nos aponta Lescovar¹² (2004, p. 43):

O psicoterapeuta não precisa “caçar” significados ou procurar desvendar sentidos; é preciso que ele saiba ouvir o que o paciente tem a comunicar, respeitando o ritmo, as características pessoais do seu paciente e, principalmente, a realidade experiencial em que a dupla se encontra a cada momento da entrevista psicoterapêutica.

Mesmo sendo a psicanálise a teoria que embasa e orienta as consultas terapêuticas, “deve-se notar que a interpretação do inconsciente não é o ponto mais importante” (WINNICOTT, 1971b/1984, p. 17). Recomenda o autor que a teoria que se deve ter em mente nas consultas terapêuticas é a do desenvolvimento emocional do paciente, que inclui a história total do relacionamento individual e o seu meio ambiente específico.

Vamos delineando na obra de Winnicott – seja no atendimento psicanalítico a longo prazo ou na consulta terapêutica – uma clínica pautada nos processos iniciais da constituição do sujeito e que levam em consideração os fatores ambientais. Busco então esclarecer conceitos fundamentais pensados pelo autor, particularmente no que concerne aos primeiros momentos da vida do sujeito.

Inicialmente, é importante considerar que as necessidades de um bebê são aquelas que irão emergir de forma quase inaudível no estágio de dependência absoluta, ou seja, quando ele se encontra completamente vulnerável e dependente da provisão física e ambiental que lhe é oferecida. Como nos expõe Winnicott (1963d/1983, p. 82), “na dependência absoluta o lactante não tem modo de se conscientizar da provisão materna”, assim, ele conta com um ambiente suficientemente bom e com uma mãe em

¹² Para conhecer mais sobre o trabalho deste autor, cf.: Lescovar, Gabriel Z. (2001). Um estudo sobre as consultas terapêuticas de D. W. Winnicott. Dissertação de mestrado, PUC-SP.

estado de preocupação materna primária que possa prover adequadamente tudo aquilo de que ele necessita.

O ambiente suficientemente bom “possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 399). Na fase inicial da vida do bebê, o ambiente suficientemente bom e facilitador seria aquele provido por uma mãe que esteja identificada com as necessidades de seu bebê e que consegue responder a essas necessidades, mesmo quando elas são quase inaudíveis. Nas palavras de Winnicott (1956/2000, p. 403):

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida.

Esse estado de preocupação materna primária, que aparece nas últimas semanas da gestação e avança até as primeiras semanas de vida do bebê, possibilita que a mãe corresponda às necessidades corporais de seu filho e, sobretudo, permite que estas possam ser acolhidas e providas de forma satisfatória para o desenvolvimento de um sujeito rumo à independência. Desse modo, tanto a mãe se identifica com o seu filho, quanto o bebê, a partir de seu potencial interior de crescimento, pode identificar-se com sua mãe. A essa condição de reconhecimento recíproco, Winnicott (1969a/1994) chamou de mutualidade. É a partir dessa relação inicial que se formam modelos de bom contato do sujeito com o seu ambiente.

Na preocupação materna primária e no regime de mutualidade, a mãe apresenta a capacidade de estar no lugar do seu bebê, de se identificar com ele e de ter uma conexão com suas necessidades. Trata-se de uma mãe que podemos chamar de empática. Figueiredo (2014b, p. 129) enfatiza:

O que Winnicott nos fala sobre a preocupação materna primária, a mutualidade e o início da comunicação intencional do bebê com a sua mãe, e de como ela interpreta e responde a estes primeiros signos, lança os fundamentos da escuta empática segundo este autor.

O modelo de uma escuta empática está para a relação analista-paciente assim como a preocupação materna primária e/ou a mutualidade está para a relação mãe-bebê. Figueiredo (2014b) acredita que, embora Winnicott não desenvolva muito o tema, o analista precisa ser capaz de identificar, reconhecer e responder empaticamente às necessidades inaudíveis do paciente.

Voltemos nossa atenção para como Winnicott (1969a/1994) entende a relação dual mãe-bebê. O autor nos explica que, na preocupação materna primária, cabe à mãe interpretar as necessidades silenciosas do filho. Em um segundo momento, na fase da mutualidade, acontece o reconhecimento recíproco da dupla e um mínimo de comunicação já pode ser operacionalizado. Entretanto, espera-se que uma mãe dedicada comum – ou uma mãe suficientemente boa – possa falhar em alguns momentos, quer seja interpretando erroneamente os apelos do seu filho ou até mesmo não estando por perto no momento em que estes apelos são deflagrados. Proponho que tenhamos em mente essa relação de uma mãe suficientemente boa para com seu bebê, de maneira a fazermos um paralelo da relação do psicanalista com o paciente.

No caso de uma escuta psicanaliticamente orientada para mulheres que estão vivenciando a experiência da maternidade, espera-se que elas tenham uma organização egóica capaz de transformar suas necessidades em movimentos comunicacionais que possam ser interpretados e/ou acolhidos pelo psicanalista. Contudo, nem sempre conseguimos interpretar as necessidades e angústias comunicadas por elas. O que é necessário garantir nessa relação é a oferta de um espaço potencial para que a mulher possa expor suas questões com a garantia de que será amparada.

Tal qual destaquei em relação às “consultas terapêuticas”, a escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade se apoia na possibilidade de avaliação, intervenção e de ajuda psicológica. É pertinente considerar a peculiar pergunta apresentada por Winnicott (1971b/1984, p. 11): “enquanto em uma análise o psicanalista tenta ter a oportunidade de fazer tanto quanto possível, na consulta terapêutica pergunto-me qual é o mínimo que se precisa fazer?”. Qual é o mínimo que o psicanalista precisa fazer quando se propõe a oferecer uma escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade?

1.1 Sobre a escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade

Observamos desde Freud, até Klein, Bion e Winnicott diversos modelos de escutas psicanalíticas distintas e simultaneamente complementares, os quais permitem o uso da técnica psicanalítica de forma ampla. Cabe neste momento enfatizar que o sentido da escuta psicanalítica é o de amparar a palavra enunciada por aquele que sofre. A comunicação entre aquele que fala – paciente – e aquele que escuta – psicanalista – pode ser marcada pela angústia que prenuncia a dor e o desespero.

De fato, diante da marca do sofrimento, muitas vezes com recursos psíquicos escassos para simbolizar o rompante da angústia, o amparo oferecido por um atendimento psicanalítico e uma escuta acolhedora tendem a transformar situações emergenciais de sofrimento em estados mais organizados e integrativos. Entretanto, é preciso assinalar que, mesmo entre autores pertencentes a uma mesma “escola”, existem divergências e, muitas vezes, posições radicalmente contrárias sobre uma mesma questão. Não pretendo entrar no âmbito desses impasses; ao contrário, minha intenção é

reunir diferentes conceitos na construção dessa escuta polifônica, ampliada, diversificada e paradoxal.

Portanto, o atendimento psicanalítico pode ocorrer continuamente dentro de uma clínica, com periodicidade, tempo, contrato (tempo, custo, enquadre), como pode acontecer apenas em um momento específico, como, por exemplo, dentro de um hospital. Assim, a configuração de um atendimento psicanalítico não está necessariamente no *setting* ou no enquadre analítico clássico - o que caracteriza uma situação analítica é o que está *dentro* (no inconsciente) e o que está *entre* (aquilo que se passa entre o analista e o sujeito em atendimento). A sustentação se dá pela escuta e pelo processo mental do psicanalista e do paciente, independentemente de *onde, como e quando* essa escuta é disponibilizada.

Como nos aponta Khan (1977), a pessoa do psicanalista oferece receptividade para o material do paciente, ajuda a liberar e a organizar os desejos inconscientes e empresta ao paciente sua capacidade mais livre para associações simbólicas.

Será então a escuta sensível de um psicanalista aberto a acolher o sofrimento do outro o que caracterizará um atendimento psicanalítico. Para Meyer (2008, p. 81), “a mente do analista é seu instrumento de trabalho”. É pela mente do psicanalista que elementos nodais irão provocar uma ressonância tal que magnetiza e integra aspectos emocionais do paciente que até então pareciam dispersos. Uma escuta psicanaliticamente orientada para mulheres que acabaram de se tornar mães pode contribuir para o estabelecimento de um vínculo sadio entre mãe-bebê e, ao mesmo tempo, amparar e acolher o desamparo que acomete muitas mulheres, seja em situações de risco físico e psíquico para mãe e/ou bebê, ou mesmo em gestações e partos sem intercorrências puerperais ou neonatais.

Anteriormente, esbocei as bases que sustentam minha clínica. Pretendo agora entrar no âmbito específico da escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade. O termo “escuta psicanaliticamente orientada” pode ser encontrado em vários trabalhos que vem sendo difundidos, por exemplo, por Catharine Mathelin¹³ e Daniele Wanderley¹⁴. Diferentemente de uma escuta de orientação psicanalítica, que tem suas bases epistemológicas na psicanálise, mas que não necessariamente é realizada por um psicanalista, a escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade (nos moldes que proponho neste trabalho) é realizada por um profissional que teve a formação de psicanalista apoiada no tripé: análise pessoal, supervisão e teoria. Dessa forma, a psicanálise sustenta e orienta a escuta e, concomitantemente, o psicanalista orienta, dá suporte, apoio e sustenta mães em situações de angústia, medo e conflitos.

A escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade pode, por exemplo, amparar mães, pais e familiares na difícil situação de nascimentos prematuros ou de doenças neonatais. Não é muito difícil visualizar a dor, o desespero e desamparo que acometem mães e pais diante da urgência de um parto prematuro ou de bebês que nascem com algum problema de saúde. Freud (1914) nos explica que o nascimento de um filho reativa nos pais a revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo.

Assim eles [pais] se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria fazer – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. (...) A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê”, como outrora nós mesmos nos

¹³ Catharine Mathelin: psicanalista francesa que trabalha há muitos anos no serviço de reanimação neonatal do Hospital Delafontaine, é uma das precursoras no que concerne a implantação do serviço de escuta psicanalítica na maternidade. Para um maior aprofundamento, cf.: MATHELIN, C. (1999).

¹⁴ Daniele de B. Wanderley: psicanalista que atua no nordeste do Brasil é responsável por reunir o trabalho de vários profissionais que atuam com bebês e suas mães na coleção intitulada “De calças curtas”. Para um maior aprofundamento, cf.: WANDERLEY, Daniele de B. (1999).

imaginávamos. (...) O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior (FREUD, 1914/2006, p. 97-98).

Quando o bebê nasce prematuramente ou ainda doente, as mães sentem-se feridas em seu narcisismo, pois não podem atribuir ao filho as perfeições que outrora fantasiaram. Sentimentos de ambivalência invadem a dinâmica relacional da mãe com o seu bebê. Esse bebê que ela deveria amar é o mesmo por quem sente desapontamento e consternação. “A ambivalência não está na moda e, no entanto, como encarar uma maternidade sem ambivalência, venha ela da mãe ou da equipe terapêutica?” (MATHELIN, 1999, p. 13).

Uma escuta psicanaliticamente orientada pode oferecer um lugar “no momento em que todos preferem não ouvir, e permitir a fala, quando todos preferem calar-se” (BERNARDINO et al., 2012, p. 31). Por outro lado, como explicar o desamparo e a angústia materna em situações nas quais mãe e bebê estão fisicamente bem? O medo e a insegurança que seguem após o nascimento não são uma exclusividade de mães com complicações puerperais e neonatais. Como observa Mathelin (1999, p. 15):

As mães falam às vezes do medo de serem destruídas, desse sentimento de serem “esvaziadas” por seu bebê. (...) Esses bebês vividos como vampiros estão para elas numa demanda sem fim que elas não conseguem saciar; e o amor apaixonado e exclusivo desse lactante por elas lhes dá o sentimento de serem devoradas por ele. Como se essa “goela aberta da vida”, essa violenta força libidinal do filho se tornasse para elas insuportável.

Para que possamos ampliar o espectro de compreensão das questões que concernem à maternidade, particularmente nos primeiros momentos da mãe com o seu filho, temos de ultrapassar a imagem da doçura e do amor materno que são tão

disseminados em nossa cultura. Winnicott (1947/2000, p. 285-286) oferece alguns cenários que direcionam o nosso olhar para o outro lado da moeda no que concerne à maternidade e chama a atenção para o fato de que o ódio é tão constitutivo quanto o amor.

A mãe, no entanto, odeia o seu bebê desde o início. (...) Permitam-me apresentar certos motivos pelos quais a mãe odeia o seu bebê: (...)

- O bebê interfere com a sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior. (...)

- Ele é impiedoso, trata-a como lixo, uma serva sem pagamento, sua escrava. (...)

- Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo. (...)

- Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: “Não é uma gracinha?”. (...)

- Se ela falha com ele no início, sabe que ele se vingará para sempre.

Adicionalmente, Winnicott nos lembra com frequência que uma mãe é naturalmente boa. “Se fracassar como mãe, é que traz em si uma ferida bem mais antiga que jamais se fechou” (MATHELIN, 1999, p. 16). A escuta psicanalítica oferece a possibilidade de dar voz a esses sentimentos ambivalentes e, ao mesmo tempo, apoiar a mãe para que ela possa entrar no estado de preocupação materna primária, abrandando o turbilhão de afetos deslocados, entre eles a culpa, o medo e a insegurança. Penso ser esse o lugar do psicanalista na escuta de mulheres que se tornaram mãe.

Vamos assim delineando a importância de uma escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade. Porém, sinto a necessidade de frisar que esta não deve ser apresentada como uma panaceia psicanalítica, ou seja, uma solução para todos os males. A escuta oferecida nem sempre é aceita. Como também nem sempre o psicanalista está em condições de oferecê-la, seja por impedimentos inconscientes ou contratransferenciais.

Para esclarecer esse aspecto, trago então um episódio clínico bastante significativo. Trata-se de Maria – a mãe que não via, não falava e não escutava, mesmo tendo todas essas funções biológicas perfeitamente preservadas. O bebê de Maria, Daniela, nasceu a termo, mas precisou ir para a UTIN por apresentar um pequeno desconforto respiratório. Logo que vi Daniela, percebi que se tratava de um bebezinho com Síndrome de Down, mas que não havia sido diagnosticada durante o pré-natal; a confirmação viria apenas dias mais tarde, com o resultado do exame de cariótipo. Isso significava também que eu entraria em contato com pais que, até aquele momento, não tinham ideia dessa condição da filha.

No quarto da mãe, havia vários familiares, entre eles o esposo de Maria, pai de Daniela. Apresentei-me e disse estar ali em uma visita de rotina, apenas para apresentar o serviço de psicologia do hospital. Os olhares dirigidos a mim foram intimidadores, sentia que alguma coisa não estava bem. Maria ignorava minha presença, enquanto os demais familiares e o esposo mantinham-se em um silêncio sepulcral. Não era bem-vinda. Logo que saí do quarto, o esposo de Maria veio ao meu encontro: “Graças a Deus que você não falou nada. Não vamos contar para Maria que a menina tem Síndrome de Down, ela não precisa ficar sabendo disto agora”. Tranquilei o pai quanto a minha posição e reassegurei que estaria disponível, caso eles precisassem. Não era uma questão de falar ou de oferecer escuta, Maria fechou-se em seu mundo para não ver, não ouvir e não dizer. Contudo, frente ao modelo de atendimento que aqui proponho, amplo, abrangente e continente, a escuta se deu por outras vias.

Pouco depois, me encontrei com a pediatra que estava cuidando do bebê. Daniela estava ótima, receberia alta da UTIN e seria encaminhada ao berçário em poucas horas. A escuta, naquele momento, era endereçada à pediatra, que se via em um dilema quanto ao pedido do pai, o de não contar para Maria sobre a questão sindrômica

da filha. Enquanto ouvia as preocupações da médica, pensei na recomendação que Winnicott (1966/2006, p. 90) costumava fazer aos psicanalistas: “Quero dizer que não se trata de precisarmos dizer às mães o que devem fazer, ou como devem ser. Se não o forem, paciência: não podemos fazer com que sejam. Podemos, naturalmente, evitar interferências”. Não cabia a mim dizer o que a pediatra deveria fazer, tão pouco cabia à pediatra dizer como Maria deveria agir. Acolhi as preocupações da colega, mas foi ela mesma quem decidiu o que era o melhor a ser feito.

Maria ficou sabendo pela médica que Daniela tinha Síndrome de Down. Maria, o esposo ou qualquer outro familiar não procuraram o serviço de psicologia. Eles não estavam preparados para falar. Fundamentalmente, a escuta psicanaliticamente orientada há de saber ouvir e respeitar a impossibilidade de ser aceita.

1.2 As várias faces do desamparo

A experiência do desamparo tem um lugar de destaque na teoria psicanalítica, visto que é uma condição estruturante na experiência da condição humana. Considerando o objetivo desta pesquisa, proponho olharmos para o desamparo por diferentes vértices, mas com um eixo em comum: a angústia original.

Partindo do pensamento de Freud (1926/2006), Zeferino Rocha (2000) explica que a palavra “desamparo” em alemão é *Hilflosigkeit*; assim:

A palavra *Hilflosigkeit* é muito significativa, uma vez que é composta do substantivo *Hilfe*, que quer dizer auxílio, ajuda, proteção, amparo, do sufixo adverbial modal *losig*, que indica carência, ausência, falta de, e ainda pela terminação *keit*, que forma substantivos do gênero feminino, cujo correspondente em português é a terminação “dade”. A palavra *Hilflosigkeit* significa, portanto, uma experiência na qual o sujeito se encontra sem ajuda - *hiflos* - sem recursos, sem proteção,

sem amparo. Uma situação, portanto, de desamparo (ROCHA, 1999, p. 334).

A *Hilflosigkeit*, ou o desamparo freudiano refere-se, em primeiro lugar, ao estado do recém-nascido que se encontra impossibilitado de prover recursos para si próprio. O desamparo está estreitamente vinculado à angústia por vias primevas: “a primeira experiência de angústia pela qual passa um indivíduo (no caso de seres humanos, seja como for) é o nascimento, e, objetivamente falando, o nascimento é uma separação da mãe” (FREUD, 1926/2006, p. 129). As situações de angústia, perigo e desprazer percebidas na vida ulterior reativam a angústia original e prenunciam um estado de desamparo das reminiscências de outrora.

Desta forma, a situação originária de desamparo é o modelo para outras situações posteriores:

Assim vista, a angústia do desamparo torna-se a angústia típica da condição humana, ou desse modo particular de ser que é o nosso, marcado pela dor e pelo limite do não-ser. O limite do não-ser é constitutivo de nosso enigmático modo de ser, que é *ser-não-sendo* e *não-ser-sendo*. O não-ser está no cerne de nosso ser (...) *na morte, momento de grande síntese, onde enfim, cada homem encontra-se com sua verdade* (ROCHA, 1999, p. 340, grifos do autor).

O ato do nascimento é para o bebê a instauração da angústia original e, para a mãe, a revivescência de seu próprio desamparo. A angústia é, pois, uma condição humana, e o desamparo uma premissa da fragilidade que coloca o homem na dependência do outro (FREUD, 1895/2006).

No caso do bebê, é esperado que o ambiente proporcione um entorno que o proteja; em primeira instância, esse ambiente é representando pela mãe. Entretanto, é importante considerarmos que “as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até

mesmo um confronto de desamparos” (WINNICOTT, 1966/2006, p. 91). Há, pois, o desamparo materno diante do desamparo do bebê. Muitas mães conseguem sobrepujá-lo em função das reminiscências positivas resguardadas em sua psique e também pelo suporte disponível a ela oferecido. Vale ressaltar que estamos aqui no âmbito daquilo que é considerado esperado ou “normal” para todas as mulheres, independentemente de condições patológicas fetais, neonatais ou puerperais. Por outro lado, algumas mulheres podem mergulhar em um profundo desamparo, tendo inclusive dificuldades para se ocuparem do seu bebê e de si próprias. Assim posto, podemos dizer que o desamparo faz parte da experiência da maternidade, mas os meios como cada mulher irá lidar com ele são singulares.

O corpo gestante que, via de regra, precisou de quarenta semanas (ou nove meses) para chegar ao seu ápice é, em um período de horas, “esvaziado”. A chegada do bebê é descrita por muitas mulheres como “um momento mágico”. A adrenalina que impera no nascimento de um filho faz acelerar os batimentos cardíacos, aumenta o fluxo sanguíneo, eleva a pressão arterial, relaxa certos músculos ao mesmo tempo em que contrai outros. A mudança física no corpo puérpero é visível e mensurável. Esses movimentos de mudanças intensas no próprio corpo poderiam, por si só, servir para justificar o enorme desgaste físico, com ressonâncias na psique, que a mulher encontra no ato do nascimento de um filho.

Mesmo em situações de maciço apoio à mulher que se torna mãe, momentos de incerteza e insegurança podem surgir. A sensação de estar sem amparo pode ser diametralmente oposta ao real daquilo que é oferecido. Em termos biológicos, não existe mais um corpo gestante, e o desgaste físico, somado a uma imagem corporal diferente da pré-gestação, pode provocar sentimentos de inadequação, tristeza, dúvidas e insegurança. Muitas mulheres que passam por intercorrências neonatais ou puerperais

podem relacionar seus sentimentos de desamparo à especificidade da situação emergente, seja pela condição de cuidados de sua própria saúde ou a de seu bebê. Por outro lado, mulheres que tiveram um parto tranquilo e uma posterior recuperação estável, com bebês gozando de plena saúde, tendem a achar incongruentes os sentimentos de desolação que, muitas vezes, imperam nos primeiros momentos do pós-parto.

Da realidade física e palpável das mudanças corporais, passando pelos reajustes psíquicos que a nova condição de mãe traz para a vida da mulher, o desamparo é a via de escoamento para a situação de angústia, condição imprescindível de *ser humano*. É pelo desamparo que:

(...) o homem penetra o mais íntimo de sua singularidade e faz, na mais nua e completa solidão, a descoberta da contingência e da finitude de sua existência. Difícil imaginar uma forma de solidão maior e mais dolorosa do que aquela do desamparado. Nela o ser humano encontra-se inteiramente só. O desamparado sente-se tão só, como o naufrago perdido na imensidão do mar. A metáfora é uma tentativa de mostrar que a essência do desamparo é a solidão e o sentimento de impotência, constituídos pela impossibilidade do sujeito de encontrar sozinho uma saída para a situação em que se encontra. Mas ela não termina aí, porque, ao mesmo tempo e normalmente, o desamparo abre para a alteridade. Ele é um grito desesperado de ajuda lançado na direção do outro. Quando o grito fica sem resposta, o desamparo torna-se desespero (ROCHA, 1999, p. 342).

Foi em meio à solidão e à impotência que “conversei” com o desamparo na UTIN. Após um feriado prolongado, quando retornei para o trabalho no hospital, fui fazer o mesmo de todas as manhãs: ver os bebês das mães que iria atender. Quando cheguei para ver a pequena Ângela, outro paciente ocupava seu leito. Procurei saber o que havia acontecido e fui informada que Ângela havia falecido havia quatro dias. A grande maioria dos profissionais que se dedicam a esses bebês extremamente frágeis são

delicados, amorosos e muito prestativos. A enfermeira que anunciou para mim a partida de Ângela não era diferente, uma jovem senhora atenciosa e carinhosa. Mas quatro dias já haviam se passado, novos bebês entraram na UTIN e outros saíram. Todos fizeram o que poderiam ter feito, mas eu fiquei com a sensação de que deveria ter estado próxima de Karina, mãe de Ângela, naquele fatídico dia. Karina, muito provavelmente mergulhada em sua imensa dor, foi para casa sem poder carregar sua filhinha nos braços. Eu fiquei imersa em meu sentimento de solidão e impotência. Pensando *a posteriori*, eu nada poderia ter feito para diminuir o sofrimento de Karina. Durante os dois meses de escuta psicanaliticamente orientada, pude perceber que esta mãe se preparava para aquilo que parecia o inevitável: o adeus. Ângela nasceu com uma séria condição de cardiopatia, algumas cirurgias já haviam sido realizadas e, toda vez que retornava à UTIN, Karina entendia que haviam prolongado o sofrimento de sua filha.

O sentimento de impotência e solidão não me abandonou naquela manhã, era uma angústia que prenunciava o desamparo. Estava triste e sentia-me perdida. Uma colega psicóloga, mesmo na correria do dia, observou meu estado e ofereceu sua escuta e seu amparo. Penso que aquela minha dor era insignificante quando comparada ao sofrimento de Karina. Entretanto, ter alguém que pudesse ouvir e dar amparo para a minha angústia me fez refletir o quanto eu ofereci aquilo que era possível para essa mãe: minha escuta, empatia, compreensão e carinho.

André (2001) sugere que o estado de desamparo é um “deserto doloroso”, pois a via de representação da vida psíquica encontra-se temporariamente abolida, dando lugar ao desolamento da descontinuidade afetiva; são os afetos sem via de representação, o vazio, o nulo, o deserto. Nesse estado de extrema impotência e solidão, cabe ao psicanalista ser uma ponte de acesso para a representação da angústia:

O desamparo significa ao mesmo tempo uma abertura máxima do psiquismo, profunda, sem fundo como um abismo, e a desqualificação

do outro, como outro, em sua tentativa de responder ao desespero, de tornar-se objeto disso. É nesse entre-dois, abertura do desamparo e impossibilidade do objeto, que procuro me manter (ANDRÉ, 2001, p. 105).

O desamparo pode se mostrar multifacetado, com suposta origem conhecida ou instalar-se de forma abrupta, sem aviso prévio. A mulher que deu à luz ao seu bebê está mais suscetível a encontrar no seu caminho esse “deserto doloroso”, pois, via de regra, encontra-se identificada com o seu bebê, revivendo conjuntamente com ele seu estado de angústia original. É no momento em que esse estado de angústia prenuncia uma via de acesso ao desamparo que a escuta psicanaliticamente orientada pode intervir e ajudar a mulher a dar sentido aos afetos deslocados.

Capítulo 2

A MATERNIDADE E SUAS ADVERSIDADES

I promise nothing complete; because any human thing supposed to be complete, must for that very reason infallibly be faulty¹⁵.

(Herman Melville)

Quase sempre são nove meses de gestação. Um ditado popular afirma que “a mãe-natureza é sábia”, pois permite que a mulher tenha tempo para se adaptar a este evento da vida, o tornar-se mãe. Entretanto, não há garantias de que os nove meses – ou como em alguns dos casos¹⁶ aqui apresentados, seis, sete ou oito meses – sejam suficientes para a mulher gestar a sua própria maternidade.

Um turbilhão de acontecimentos corporais e biológicos acontece com a gestante, são variações hormonais que provocam alterações físicas e emocionais, ganho de peso, cansaço, fadiga e, acima de tudo, o preparo para o grande evento: o parto. Parto este que terá por consequência o nascimento de um bebê. Somam-se a esses fatos uma grande apreensão, o medo, ou até mesmo pavor de não ser uma mãe adequada, apropriada, cuidadora, uma mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1960b/1983).

O que veremos nos casos apresentados neste capítulo são experiências de mulheres que, cada uma a sua maneira, no seu momento, tornaram-se mães. A particularidade dessas situações se deve ao fato de que os atendimentos aconteceram no âmbito de uma maternidade. Esse tipo de intervenção acontece devido ao fato de o psicanalista estar em uma posição de não saber, sem juízo moral, político, religioso e

¹⁵ Eu lhe prometo apenas incompletude, pois qualquer manifestação humana supostamente completa deve, por esta mesma razão, ser infalivelmente defeituosa (tradução minha).

¹⁶ Os pormenores da história, personalidade, nome, idade e outras circunstâncias que, de alguma forma, pudessem identificar os envolvidos, foram alterados ou omitidos para proteger a identidade destes.

educativo prévios, tal como deveria ser em qualquer outro tipo de clínica. Alguns chamam essa modalidade de atendimento de “clínica ampliada”¹⁷, na qual o psicanalista é convocado a atuar fora dos enquadres tradicionais e em colaboração multiprofissional. Figueiredo (2012, p. 20) ressalta que, a partir da abertura dos consultórios para receber novas psicopatologias, tais como “as patologias do *self*, os transtornos no campo das relações de objeto, os transtornos no campo da pulsionalidade, e os problemas nos ‘processos terciários’ de simbolização”, os psicanalistas precisaram se reinventar, fazendo franca oposição à doutrinação psicanalítica. Desta forma:

(...) boa parte do que um analista pode hoje oferecer traduz-se na sua capacidade de lançar mão da psicanálise para a interpretação de fenômenos e processos psíquicos intra e intersubjetivos de interesse de todos e, em especial, de interesse para outros agentes de cuidado nos campos da saúde, da educação e da ação social. Isso nos conduz no rumo de uma *teoria geral do cuidar* de base psicanalítica (FIGUEIREDO, 2012, p. 21).

Nos dias atuais, considero que seja imprescindível esse reconhecimento da mudança de paradigma da clínica psicanalítica que, em minha concepção, se configura em uma clínica que vai além dos dispositivos e recursos físicos, espaciais e teóricos tradicionais. Nos encontros extra consultório, levamos conosco, nos mais variados modelos de atendimento, nossos inconscientes, os autores que sustentam a teoria com a qual nos afinamos e todo o trabalho de elaboração de nossas análises pessoais, o que possibilita a construção de um lugar simbólico a partir da relação entre o paciente e o psicanalista. Essa é a concepção de clínica ampliada que fui construindo.

Dentre as “clínicas” e as “terapias” possíveis que amparam sujeitos e seus sofrimentos, a clínica psicanalítica da maternidade, como qualquer outra, tem suas particularidades e seus desafios. Atualmente, muitos profissionais dedicam seus

¹⁷ Para um maior aprofundamento sobre a clínica ampliada, cf.: FIGUEIREDO (2012); PASTORE; SOARES (2012).

esforços para ampliar e solidificar a escuta psicanalítica para a questão da maternidade, principalmente no que concerne ao acompanhamento de puérperas e seus familiares em situações de risco e trauma gestacional e/ou neonatal.

A psicanalista Catherine Druon¹⁸, que trabalha em uma maternidade de Paris, fez um levantamento das funções, possibilidades e adversidades que o analista pode encontrar quando atua dentro de uma maternidade. Druon (2011, p. 43) defende que “na realidade, na maior parte das vezes, o fato de um espaço à parte ser proposto aos pais, onde eles possam expressar suas angústias, onde a escuta é diferente, onde o tempo não é contado, é suficiente para acalmar a situação”. Entretanto, o trabalho do psicanalista vai muito além da intervenção com os pais – ele atua também na inter-relação dos profissionais com os usuários do serviço. Para a autora (op cit., p. 43-44), “com a equipe, a escuta continua também analítica, mas com uma prudência extrema em relação ao que compreendemos dos diversos movimentos. O equilíbrio é frágil, os movimentos transferenciais positivos e negativos da equipe sobre a psicoterapeuta, frequentes!”.

O psicanalista faz parte da equipe que cuida da mãe e do seu bebê, mas a particularidade da articulação com os demais profissionais precisa ser cuidadosa. No âmbito institucional, para além da obrigatoriedade dos preenchimentos dos prontuários, a troca de informações entre médicos, enfermeiras e fonoaudiólogas é imprescindível. Mas em se tratando do serviço de psicologia, apenas os elementos mais necessários ao caso devem ser relatados.

Lembro-me de Hannah, uma jovem gestante que ficou alguns meses internada na maternidade. O esposo de Hannah tinha certa notoriedade nacional, e a curiosidade da equipe por saber os pormenores da história do casal era muito frequente,

¹⁸ Para maior aprofundamento, Cf.: DRUON, Catherine. *A l'écoute du bébé prématuré: une vie aux portes de la vie*. Champs, 2010.

principalmente porque circulava pelos corredores da maternidade que eles estariam se separando. Compartilhar com a equipe questões concernentes a esse tema específico não iria beneficiar ou ajudar Hannah em nenhuma hipótese. Contudo, era importante que eu também pudesse estar aberta para ouvir o que a equipe tinha a dizer sobre a paciente, mesmo que fosse sobre a vida conjugal dela.

A possibilidade de flexibilidade do lugar do psicanalista dentro da maternidade é uma das principais características dessa função. A escuta é ofertada, prioritariamente, às mães e aos familiares, mas não incomumente é dirigida também aos profissionais que cuidam dessas mulheres. Em um ambiente de urgência e de tensão, é iminente acolher e ouvir quem cuida. Formar uma boa aliança com a equipe permite que os próprios atendimentos às mães fluam de uma forma mais coesa. É importante lembrar que muitas vezes esses atendimentos acontecem ao lado da incubadora do bebê, dentro da UTIN, e a aliança com o médico e enfermeira permite que o trabalho seja realizado com o mínimo de interrupções, valorizando a escuta que está sendo oferecida.

O psicanalista tem então um papel imprescindível com a equipe multidisciplinar, visto que atua como colega de trabalho e, ao mesmo tempo, como profissional que oferece apoio e que sustenta uma escuta empática diante das dificuldades enfrentadas por esses profissionais.

Nas páginas que se seguem, apresento três casos que servem como ilustração do uso da escuta psicanaliticamente orientada. Proponho que, com eles, para além de apresentar a clínica da maternidade com suas adversidades e possibilidades, eu possa ressaltar o valor de uma escuta pautada no acolhimento e na compreensão. Os personagens desses casos são mães, pais e familiares que estavam com seus bebês no contexto de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e/ou especificamente mães que passaram por um processo de gestação de alto risco, necessitando de internação.

Na ocasião dos atendimentos, a equipe da maternidade era formada por psicólogas das mais variadas linhas de atuação (*gestalt*, comportamental, existencial, psicanálise, psicologia breve), mas com o objetivo comum de oferecer apoio psicológico, por meio do manejo terapêutico, das mais variadas situações de urgência: risco de aborto, abortamentos, óbitos fetais e neonatais, diagnósticos de síndromes, internação da gestante e qualquer outro episódio que pudesse levar à solicitação de atendimento por parte da equipe multiprofissional, da própria mulher ou da família.

Embora os casos apresentados tenham sua singularidade quanto à história de vida, amores e dissabores de cada mulher, foi a maternidade ou o tornar-se mãe que me possibilitou encontrar vínculos entre eles; mesmo sendo tão distintos em suas essências, havia um momento de vida comum, o nascimento da maternidade.

A primeira história é de Patrícia e de seu bebê Henrique. Ambos percorreram um caminho longo até poderem se descobrir mutualmente. No segundo caso, Rosália e sua bonita história com o esposo e seus gêmeos me fez ter ainda mais clareza do papel do pai nessa relação. Bethânia ilustra o último caso – com uma história de vida difícil e uma gestação adversa, ela precisou encontrar a si mesma antes de poder definitivamente se tornar mãe.

2.1 Estou indo para casa, agora vou ser mãe

Patrícia, dentre outras muitas questões, me fez refletir sobre o surgimento do amor materno. As dificuldades que apresentou para vincular-se ao filho me levaram a pensar sobre a gênese desse afeto. Por outro lado, ilustra de forma coerente o quanto uma escuta pautada na compreensão e acolhimento pôde oferecer a Patrícia uma

possibilidade de reconhecer no bebê da incubadora o filho que tinha almejado em sua fantasia e, a partir disso, desenvolver uma relação saudável com ele.

Patrícia foi por mim atendida no contexto da internação de Henrique (seu filho prematuramente nascido) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Mulher profissionalmente realizada, executiva de uma multinacional, dizia que a gravidez não estava em seus planos, mas a aceitou “com muita satisfação”, já que, provavelmente, essa seria sua “única chance de ser mãe”, visto que estava com quarenta e cinco anos. O atendimento iniciou-se por intermédio de outra puérpera, que aqui chamo Denise, que estava sendo atendida no serviço de psicologia. Aflita, Denise nos alertou sobre o sofrimento de Patrícia: “ela não está reagindo bem à situação, chora muito e tem medo de perder o filho”.

A primeira impressão que Patrícia me causou foi de alguém que estava muito ansiosa, apreensiva, deprimida e sentindo-se culpada. No primeiro dos vinte e dois atendimentos realizados, apenas em poucos momentos o filho se fez presente no discurso. A emergência do parto, que aconteceu com vinte e sete semanas de gestação, e o tamanho do bebê, que pesava menos de seiscentos gramas, eram fatores aos quais ela creditava toda sua angústia. Nesse primeiro momento, senti que não cabiam intervenções, apenas me dispus a ouvi-la com atenção, assegurando que estava à disposição para atendê-la sempre que necessário.

Patrícia estava muito fragilizada, sentimentos desencontrados de dor e esperança assumiam o rumo de sua fala. Mas, acima de tudo, Patrícia estava desconfiada. Nos primeiros atendimentos, comentou que não confiava em alguns dos profissionais que cuidavam de Henrique, chegando, inclusive, a lhes fazer críticas severas. Ao ouvi-las, fui formulando a hipótese de que talvez ela projetasse na equipe de profissionais, nos médicos, nas enfermeiras, fisioterapeutas e psicóloga, a desconfiança que sentia em sua

própria capacidade de maternar. Em um determinado dia, quando ficou uma manhã inteira fora do hospital para ir ao obstetra, chegou à UTIN e ficou sabendo sobre alguma alteração em um dos exames do bebê. Nessa ocasião, criticou o médico plantonista e, durante o atendimento de escuta psicanaliticamente orientada, fez algumas sutis acusações dirigidas a mim, como por exemplo, quando perguntou: “o resultado desse exame fica disponível para equipe toda, certo? Então, como você não ficou sabendo desta alteração grave? Você não acha que o médico ou você deveriam ter telefonado para falar sobre isso?”. Precisei permitir que ela depositasse – projetasse – em mim a angústia da incerteza para, em seguida, lhe devolver esses sentimentos de uma forma um pouco mais elaborada, tal como em um processo de *rêverie*, oferecendo-lhe a possibilidade de construir um espaço mental e um tempo pautado pela realidade, mas também pela esperança (BION, 1967/1994).

Foi com o apoio e a compreensão de toda a equipe, e a partir de uma escuta empática, que Patrícia começou a se permitir ter mais confiança nos profissionais que assistiam a ela e ao seu filho. Foi a partir da confiança depositada na capacidade desses profissionais em “salvá-lo” que ela própria foi construindo internamente a possibilidade de acreditar em si própria, em sua competência para ser mãe. A capacidade para se preocupar, como nos fala Winnicott (1963a/1984), precisava ser restaurada por Patrícia, já que os elementos destrutivos de toda situação do parto e o nascimento emergencial de Henrique haviam rompido momentaneamente com sua a construção da maternidade. Acredito que a interlocução comigo nesse momento tão aflitivo tenha permitido que ela pudesse inicialmente projetar a desconfiança e, em seguida, aceitar, refletir e incorporar minhas traduções sobre muitas questões que iam aparecendo.

Henrique já estava na UTIN há quinze dias, mas Patrícia ainda não se permitia ter notícias dele. Circulava pelas dependências do hospital, mas pouco conseguia ficar

ao lado do filho. Entrava e saía da UTIN várias vezes ao dia, mas evitava falar com os médicos ou enfermeiras sobre o estado clínico de Henrique, acreditando que, assim, evitaria “notícias ruins”. Nem todos os membros da equipe compreendiam esse seu posicionamento, que, muitas vezes, interpretavam como displicência ou falta de interesse. Sempre que possível, principalmente nos momentos em que as mães não estavam dentro da unidade, minha posição era de mediadora, tentando mostrar à equipe que Patrícia precisava se fortalecer para poder estar junto ao filho.

Quando Patrícia contou do medo de ter notícias ruins sobre o bebê, me permiti adotar outra postura na relação com ela – comecei a pontuar e a trabalhar com todos os afetos que estavam presentes: a fragilidade, o desamparo, a impotência e a desconfiança. Assumi então uma atitude ativa nos atendimentos; o espaço que havia oferecido para escuta ainda estava preservado, mas fui pontuando que a relação psicanalista/paciente, tal qual a relação dela com o seu bebê, era uma via de mão dupla, na qual a interação e a troca eram instrumentos essenciais na construção do vínculo.

Posteriormente, a partir de um processo de escuta psicanalítica e interpretação, Patrícia entendeu que precisava encarar a interrupção precoce da gestação como uma perda. Quando teve ciência de que suas idealizações e fantasias em relação ao seu corpo gestante não iriam se concretizar (como, por exemplo, ver a barriga crescer), pôde vislumbrar a vivência do processo de luto como um meio para lidar com suas frustrações e construções não vivenciadas, conseguindo reagir, de maneira mais elaborada, com a ambiguidade da perda do corpo gestante e da impossibilidade de ter o seu filho nos braços.

Reminiscências do luto arcaico voltavam como memórias de um processo já elaborado e tendiam a permitir que Patrícia pudesse novamente reviver essa condição especial de superação da perda dos objetos bons internalizados. Todo nascimento, de

alguma forma, é um trabalho de luto, de perda e de separação. É somente quando a mãe pode simbolizar a falta – de não mais ter o corpo gestante – que ela pode projetar para o filho um futuro possível (MATHELIN, 1999).

Fomos juntas elaborando a possibilidade de que, diante de uma série de perdas (do bebê desejado, do corpo gestante e dos projetos profissionais), a que mais mobilizava Patrícia era a perda do controle em relação à gravidez, ao seu corpo e à sua vida. Controle este amparado por um ambiente de trabalho regrado, mas que, neste momento de caos e desorganização, não encontrava vias para se manifestar.

Após algumas semanas, um dos atendimentos aconteceu ao lado da incubadora de Henrique. Levando em consideração o que nos coloca Laznik (2004), de que a prosódia¹⁹ é portadora de informações afetivas para o recém-nascido, e é para o adulto, que se dirige a ele, fonte de prazer e surpresa, minha fala, nessa oportunidade, foi dirigida ao bebê, que estava acordado e ativo: “Olá, Henrique, finalmente encontro você acordado, estava esperando por esse momento”. O bebê mexe as minúsculas perninhas e braços, talvez compreendendo que a palavra *lhe* estava sendo dirigida. Patrícia, que em um momento inicial da internação não se aproximava do filho, não falava com ele ou *por* ele, tomou para si a reação deste e nomeou o “incômodo” que o bebê sentiu, contando como, naquele momento da manhã, ele gostava apenas de ficar observando e não queria ser incomodado ou manipulado.

Com a possibilidade de Patrícia de nomear os afetos de Henrique e de começar a tecer o processo de interação e simbiose mãe-bebê, tão essencial para o surgimento do sujeito psíquico, minha postura foi a de tentar criar um entorno propício para o fortalecimento desse vínculo. Respeitei a vontade de Henrique, que, segundo a mãe, não

¹⁹ Prosódia são as variações metódicas, de ritmo e entonação presentes na fala. A fala se torna fundamental na maneira como os pais irão se relacionar com o seu bebê. O bebê não só reconhece a fala de sua mãe como também a prefere em detrimento a outra mulher, exceto se a outra mulher que não a sua mãe se dirige para ele em *manhês*. O *manhês* seria exatamente esse jeito peculiar como as mães se dirigem aos seus filhos, com uma voz melodiosa, carregada de afeto (LAZNIK, 2004).

queria ser incomodado, e garanti que voltaria em um momento mais adequado. Esse foi um dos primeiros sinais do início da maternagem – Patrícia começava a procurar compreender o que seu bebê precisava. O trabalho, a partir dali, foi o de assegurar que contasse mais sobre ele, que pudesse dar palavras e nomear os afetos de Henrique, mas que também conseguisse falar sobre sua própria construção da maternidade.

Mesmo diante do grande potencial de vinculação que se estabeleceu entre mãe-filho, Patrícia, muitas vezes, mostrava-se desanimada e frustrada quando precisava lidar com as oscilações clínicas de seu bebê e se afastava novamente da UTIN, mas mantinha sua presença no hospital.

Certa ocasião, quando um dos prematuros que nasceu mais pesado que o seu filho e com a mesma idade gestacional foi a óbito, suas defesas se intensificaram. Esse triste acontecimento foi por ela sentido como um ataque às suas esperanças na sobrevivência de Henrique; e assim, tentando uma anulação mágica dos efeitos desses ataques, decidiu que o melhor a fazer por seu bebê era se afastar dele – não ousava abrir a incubadora para tocá-lo, pois acreditava que poderia “contaminá-lo”.

Instaurou-se um movimento entre as outras puérperas, que também estavam com seus bebês na UTIN, de extinção de visitas aos recém-nascidos e de exigência de um maior controle de limpeza, desinfecção e esterilização da unidade, mesmo com o hospital cumprindo à risca todas as normas nacionais e internacionais de segurança e higiene. Os atendimentos psicológicos foram mais frequentes nessa época.

Patrícia, assim como algumas outras puérperas, temia pela segurança de seu filho. Toda a opressão do mundo interno de Patrícia era agora expelida e/ou transferida para o mundo real por meio das supostas contaminações que poderiam acontecer. A proteção e o bem-estar de Henrique eram as preocupações manifestas da mãe, mas,

olhando pela ótica do inconsciente, podemos supor que o medo e a apreensão de maternar estavam latentes.

As oscilações clínicas de Henrique refletiam-se diretamente no estado psíquico de Patrícia; sua maior defesa nos momentos críticos do filho era o afastamento e a reclusão. Por outro lado, Henrique também estava sem a presença física, real e concreta da mãe. Patrícia ficava impossibilitada de acolher e maternar seu bebê, pois sua própria figura cuidadora internalizada estava fragilizada; temia contaminar o bebê, com medo de sua figura interna incapaz de cuidar. Era preciso fortalecer e potencializar essa mãe cuidadora, maternal e acolhedora. O olhar, a escuta e o amparo que eram dirigidos à Patrícia, não apenas por mim, mas também por toda a equipe da UTIN, foram essenciais para gestar e fazer amadurecer o bebê desamparado que existia dentro desta mãe.

Apesar das inúmeras adversidades que se apresentaram durante todo processo de internação de Henrique, Patrícia, mais de dois meses após o nascimento do filho, pôde segurá-lo nos braços de forma concreta, o que foi um grande acontecimento. O *holding* não mais precisava ser apenas simbólico – o toque, o carinho, o afeto, as palavras, o olhar e o segurar puderam estar simultaneamente presentes. Ainda que a incubadora seja extremamente importante para o neonato, nada substitui o aconchego e o calor materno.

Não obstante, o medo e a insegurança de Patrícia diante da possibilidade de maternar novamente a afastaram do bebê, pois ainda era difícil para ela oferecer o continente (BION, 1967/1994) adequado para as vivências, ou o contido, de seu bebê. Parecia que, à medida que Henrique crescia, superando os desafios instaurados pela prematuridade extrema, crescia também o terror desta mãe perante à maternidade.

No dia seguinte àquele em que segurou o filho pela primeira vez, encontrei Patrícia na UTIN toda paramentada, com touca, avental, luvas e máscara. Esse tipo de material é apenas usado por pais que tenham filhos com alguma condição virótica e que

estejam em isolamento. Mais tarde, quando atendi Patrícia naquele mesmo dia, ela disse que estava extremamente resfriada e que não poderia chegar perto do filho por, pelo menos, uma semana. Vemos novamente a tendência ao afastamento.

A semana passa e a gripe também, Henrique já está pronto para sugar o seio transbordando em leite. Na primeira mamada, fiquei apenas como uma observadora distante, enquanto a fonoaudióloga explicava os “macetes” da pegada da boca do bebê ao seio, e uma enfermeira auxiliava no que era preciso: segurava Henrique, abria sua boca, mudava Patrícia de posição. Era um momento demasiadamente tumultuado, porém muito importante para fortalecer o vínculo da dupla. Mais tarde, naquele mesmo dia, encontrei com Patrícia nos corredores do hospital. Seu sorriso tentava esconder um estado emocional estremecido e foi ali mesmo, no acesso à UTIN, que aconteceu o atendimento. Diante do desolamento de Patrícia ao contar sobre a sua “experiência malsucedida” com a amamentação, ofereci minha companhia para estar junto dela e de Henrique na próxima mamada.

Em outro momento, Patrícia havia acabado de trocar a fralda do filho e estava se preparando para amamentá-lo quando cheguei à UTIN. A enfermeira ajudou Patrícia a tirar o bebê da incubadora e a posicioná-lo no colo. Enquanto a preparação ocorria, pedi para que Patrícia explicasse o que estava acontecendo, por quanto tempo Henrique costumava mamar, se ela oferecia os dois seios a cada mamada ou se ela costumava intercalar. Era o primeiro dia de amamentação direto no peito, mas Patrícia não hesitou em explicar todos os pormenores desse evento. Não era apenas para mim que estava esclarecendo o que ocorria, era principalmente a Henrique. Em alguns momentos, minha presença era quase imperceptível para a dupla, em outros eu servia como mediadora entre mãe e filho. Quando Patrícia mencionou que era “desajeitada” para amamentar, perguntei para Henrique: “você acha que a mamãe é desajeitada? Acho que

não, não é mesmo? Afinal você está aí mamando esse leitinho quentinho e gostoso”. Patrícia respondeu pelo filho: “é uma mamãe desajeitada, mas que eu amo muito e que vai dar conta de cuidar de mim”. Senti como se fosse mesmo Henrique quem estivesse falando, ao mesmo tempo em que também havia uma necessidade da mãe de ser reconhecida e amada pelo bebê.

Como nos fala Klein (1957/1974), a introjeção de boas experiências, como a da alimentação, é o que permite ao neonato instalar em seu psiquismo nascente sentimentos amorosos e de gratidão, como também iniciar um bom relacionamento com a mãe, ou com o seio bom. Aqui, é tocante perceber que, embora seja a mãe que oferece a sua maternagem ao bebê, Patrícia pede ao recém-nascido que a ame e a reconheça, para que, assim, ela possa se tornar uma mãe suficientemente boa. No imaginário materno, o bebê recém-nascido oferece maternagem à jovem mãe para que ela possa se constituir como tal.

Os dias passam, as semanas passam... Em uma evolução contínua, Henrique vai ganhando alguns gramas, e Patrícia celebra cada conquista: “hoje *ganhamos* mais vinte gramas”. Em outros momentos comenta: “deu tudo certo no *nosso* exame de sangue”. O verbo, sempre utilizado na primeira pessoa do plural, evidenciava que Patrícia falava dela própria e de Henrique – mãe e bebê criando um estado de fusionalidade. Mas comecei a me questionar se haveria alguém mais nessa conjugação verbal.

Apenas em breves momentos, a figura do esposo de Patrícia e pai de Henrique – a quem chamarei de André – se fazia presente; chegava até a me esquecer de sua existência. Minha dúvida então era se esse “nós” o incluía. Somente por duas vezes encontrei-me com André, foram encontros breves, com Patrícia também presente. Fiquei com a forte impressão de que os dois – juntos ou separados – não pareciam um

casal. Todavia, ao mesmo tempo, sentia que Patrícia era sustentada por um terceiro - havia mais alguém nessa relação dual que amparava a mãe.

Cada vez mais, ficava evidente que esta mãe sentia a fragilidade do filho como algo permanente – um bebê dependente dos médicos, das enfermeiras e de todo o aparato tecnológico que o mantinha vivo. Não há dúvidas de que Henrique conseguiu superar as adversidades de sua prematuridade, amparado pela UTIN (equipamentos e profissionais). Mas Patrícia também era muitíssimo dependente de tudo aquilo que a UTIN representava: segurança, acolhimento, vida. Com o tempo, ela foi convocando enfermeiras, médicos, fonoaudiólogas e psicólogas a fazerem parte deste lugar nomeado por ela como “a família UTI”.

Considerando que a qualidade do colo que a mãe oferece ao bebê é também afetada pela sustentação que o pai dá ou não a ela (WINNICOTT, 1969a/1994), talvez seja possível assimilar um pouco melhor as oscilações e inseguranças de Patrícia para sustentar/amparar o próprio filho. O pavor do parto prematuro tendia a ser potencializado por esse sentimento de desamparo. Entretanto, talvez resguardada pelas próprias experiências internalizadas de cuidado e amor, Patrícia pôde buscar esse lugar de amparo na “família UTI”. O lugar do terceiro na relação com Henrique me parecia estar sendo ocupado, então, por essa família; por isso o uso do verbo na primeira pessoa do plural. Com a provável alta hospitalar de Henrique se aproximando, lidar com a perda da família UTIN também se mostrou um problema.

A desconstrução de idealização da dependência absoluta de Henrique da UTIN foi lenta e gradativa para Patrícia. Apresentá-la a seu bebê era um processo diário de reconhecimento, aceitação e desconstrução do filho fantasiado. Um dos momentos cruciais de elaboração foi quando verbalizou: “no começo, eu não conseguia ver aquele feto como sendo o meu bebê. Não foi o bebê que eu imaginava, não dava para acreditar

que era meu. O bebê dos meus sonhos era gordinho, mamava no peito, era colocado no berço. No começo, ele não parecia com um bebê, ele era um feto”. Henrique precisou nascer e renascer várias vezes para que Patrícia pudesse se apropriar da maternidade.

Pontuei a ela que talvez, inicialmente, aquele não fosse mesmo o seu bebê, mas que parecia que agora ela começava a vê-lo um pouco mais próximo daquela criança do seu imaginário: “foi porque você imaginou um bebê saudável que você e Henrique conseguiram chegar até aqui”, ressalttei. Nessa ocasião, Patrícia foi movida por um choro ininterrupto e contou, em tom de confidencialidade: “tenho medo de não dar conta, de colocar ele numa bolha e não deixá-lo viver. Ele é tão frágil, tenho a impressão de que ele sempre vai ser frágil. Ao mesmo tempo, ele é tão forte, um bebê que nasceu com menos de 600 gramas, que conseguiu ultrapassar todas as adversidades e que está se superando”. Patrícia projetava no pequeno Henrique suas próprias fraquezas, não considerava que conseguiria cuidar de seu filho sem o aparato clínico e profissional oferecido pelo hospital. Meu papel neste momento foi o de ampará-la para que pudesse, em seguida, caminhar sozinha, sem a “família UTI”.

O progresso de Henrique, após atingir um quilo, foi constante. Algumas intervenções clínicas precisaram ser feitas, mas nada que colocasse em risco sua vida. Para Patrícia, a construção de um modelo de filho que se encontrasse dentro da sua realidade foi, paulatinamente, sendo edificada. Era perceptível o quanto, aos poucos, ela foi se apropriando da situação de prematuridade do filho e se ajustando ao papel da maternidade. Foi mesmo um trabalho árduo – ela precisou ultrapassar as ambivalências e reações intensas que o bebê real provocava, ressignificando seus almejos em relação ao filho e também a sua própria condição de mãe.

Por mais que Patrícia se esforçasse para acreditar que o filho sairia bem do hospital, apenas algumas semanas antes de sua alta pôde cuidar do enxoval do bebê. Em

um encontro ocasional que tivemos nos corredor, ela me contou, muito entusiasmada, que havia acabado de “pegar dicas preciosas” com um dos médicos da UTIN sobre o que deveria ou não comprar para o enxoval. Pensei: “acho que Henrique está prestes a nascer, tem uma mãe esperando por ele”. Patrícia estava pronta para investir libidinalmente em Henrique e receber este filho nascido de uma incubadora, dessa gestação extrauterina de cinco meses.

Essa primeira intervenção em um período tão precoce da construção do vínculo mãe-bebê foi de considerável valia para a provável relação que viria a ser solidificada, *a posteriori*. De fato, as descobertas que o bebê vivencia em seu primeiro ano de vida são intermediadas pela sintonia entre este par que se constitui: a mãe e o filho. O terceiro da relação também estava presente, dando suporte à mãe e dela cuidando para que Patrícia pudesse cuidar de seu recém-nascido. O espaço do terceiro na relação triangular poderia ser representado por André (esposo e pai), mas também pela “família UTI”, que assumiu uma importante representatividade no início da construção desse vínculo.

As mudanças que ocorreram com Patrícia desde o momento do parto até a alta hospitalar de Henrique – um pouco mais de cinco meses após o nascimento – foi substancial para que ela se identificasse com seu bebê e se tornasse capaz de traduzir suas necessidades em cuidados.

É notório que a configuração dos laços entre pais e recém-nascidos sofre alterações substanciais em um ambiente de UTIN. Os movimentos e oscilações emocionais, afetivas e psíquicas que Patrícia precisou enfrentar e elaborar foram comumente encontradas em muitas outras mães que também se utilizaram da escuta psicanaliticamente orientada na maternidade. No entanto, o que fica patente neste caso é que a relação mãe-bebê foi construída amparando-se no suporte dado por toda equipe de profissionais da UTIN (para além do esposo, familiares e amigos).

Como já é tradicional no serviço de neonatologia, na ocasião da alta do bebê, um corredor humano é formado por pais, mães, enfermeiras e médicos. Ao fundo, ouvimos uma música melodiosa que fala sobre anjos e crianças. Patrícia abre a porta da UTIN, segurando Henrique no colo, que, pela primeira vez, após cinco meses, está vestido, sendo ambos amparados por André; os três seguem pelo corredor humano, parando em alguns momentos para dar um abraço nos profissionais que cuidaram diretamente do filho. Quando chega a minha vez, agradecem, entre choros e sorrisos, e então Patrícia fala: “estou indo para casa, agora eu vou ser mãe”. Ela foi... e eu fiquei convicta que ali, naquele momento, nascia uma mãe.

2.1.1 A capacidade para se preocupar, cuidar e amar: o papel da mãe

Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe. Winnicott nos lembra deste fato frequentemente em toda sua obra, destacando que, tal como o bebê, a mãe recém-nascida se encontra em um estado de dependência e muito vulnerável. Isso acontece porque, em um vínculo fusional com o filho, a mãe usa de suas próprias experiências de bebê para conectar-se a ele e, assim, conseguir identificar seus sentimentos e atender a suas necessidades (WINNICOTT, 1963d/1983). A presença da mãe é então essencial para que os processos de desenvolvimento do lactante não sejam distorcidos.

Mas qual a garantia de que essa mãe estará psiquicamente disponível para identificar-se com o seu filho? Patrícia, no caso exposto acima, nos mostra o quão difícil é esse processo. Não há prerrogativas que garantam a solidez do laço mãe-bebê, mas existe um percurso que alicerça as bases para a possibilidade de se preocupar, cuidar e amar.

Proponho voltarmos bastante no tempo, ao ano 1911, quando acontecia uma conferência na Sociedade Psicanalítica de Viena, na qual o próprio Freud era participante e ouvinte. A conferencista era Margarete Hilferding que discursou sobre “As bases do amor materno” (HILFERDING; PINHEIRO; VIANNA, 1991). Lembremos de que, nessa época, os conceitos metapsicológicos ainda estavam em pleno processo de elaboração, e muito do que foi colocado por Hilferding soou como inapropriado ou muito à frente do seu tempo. De toda forma, é inquestionável que Margarete Hilferding inaugurou uma longa e rica tradição de estudos sobre a natureza da relação mãe-bebê.

O primeiro apontamento feito por Hilferding na conferência foi o seguinte:

Acontece frequentemente que mães que muito se alegram com a ideia de que um filho iria nascer ficam decepcionadas quando ele nasce e não experimentam verdadeiro sentimento de amor materno. Se esse sentimento aparece, no entanto mais tarde, tem-se a impressão de que não são tantos os fatores fisiológicos, mas os psicológicos que desempenham papel decisivo: uma certa compaixão (*Mitgefühl*), a convenção que exige amor por parte da mãe etc. Esses fatores psicológicos são encontrados como substitutos do amor materno fisiológico (HILFERDING, 1911/1991, p. 89).

Hilferding (1911/1991) defende que, mesmo sendo esperado que o amor materno apareça imediatamente após o nascimento ou mesmo antes deste, isso não é de fato o que acontece. Na realidade, o que ela observa é que a gestação e o bebê – principalmente em se tratando do primeiro filho – podem despertar sentimentos hostis na mãe, visto que existe uma transformação real do corpo e, ao mesmo tempo, uma excitação que são novas e desconhecidas até então, que serão fontes de prazer para ela. Podemos entender que essa excitação sentida pela mulher na gestação está ligada ao prazer e a libidinização que o bebê causa no corpo da mãe, agora fonte de vida para

outro ser. Uma vez que ocorre o parto, toda essa fonte de prazer é “evacuada”, deixando um vazio e fazendo surgir a hostilidade.

Pinheiro (1991, p. 121), ao comentar a conferência de Hilferding, nos diz que “no enfoque da completude narcísica da grávida até então abordada, uma menção clara era feita e que, pelo menos temporariamente, a mulher grávida se veria afastada da sua condição de castrada”. Dessa forma, o parto e a separação real entre mãe e filho seriam um equivalente da castração²⁰.

Em nossa cultura, ainda é comum a imagem da mulher grávida ligada a uma mulher dessexualizada, quase santificada, que indubitavelmente ama o bebê que carrega no ventre. No processo de atendimento de Patrícia, ficava evidente sua consternação por não estar imediatamente vinculada ao filho após o nascimento. Era como se ela precisasse dos meses que faltavam para terminar a gestação, de modo que, a partir daí, pudesse dedicar seu amor e cuidados ao bebê. Considero então que, para além de abrir um campo de estudo para a temática das relações mãe-bebê, Hilferding contribui enormemente para dois assuntos ainda tabus nos dias atuais: 1) a mulher grávida é constantemente sexualmente excitada pela própria gestação; 2) o amor materno não é inato. Hilferding (1911/1991, p. 91) prossegue:

(...) para o primeiro filho, parece que esse sentimento não é inato, mas adquirido pelo contato físico com a criança, através do cuidado, da amamentação, etc. (...). Para os próximos filhos, o amor materno é talvez inato no sentido de que ele surge sem problemas, pela lembrança dos cuidados dados ao primeiro filho.

O amor materno não é inato, natural ou esperado, como se convencionou na cultura. Trata-se de um amor construído na relação destas duas partes: mãe-bebê.

²⁰ Castração no sentido freudiano do termo, ou seja, a fantasia que proporciona uma resposta ao enigma entre as diferenças anatômica dos sexos. A estrutura e os efeitos do complexo de castração são diferentes no menino e na menina. O menino teme a castração como realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais, surgindo daí uma intensa angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar (FREUD, 1908/2006).

Lima²¹ (2006, p. 67) afirma que, além de não ser inato, “o amor que existe na relação mãe e filho ou de uma mulher com o homem é, como qualquer outro amor, sujeito a ambivalências, desencontros, exigências, decepções e querelas”. E quantas foram as ambivalências, os desencontros, exigências, decepções e querelas entre Patrícia e Henrique? Foram tantas que esta mãe quase sucumbiu ao desejo de maternar, e Henrique poderia ter ficado exposto a impossibilidade de *vir a ser*.

O amor, portanto, não é inerente à concepção. A convivência, o toque, o sentir, o cheiro, e tudo que se relaciona à sensorialidade física, somado à própria vivência da mulher enquanto filha é que nutrirão essa relação, fazendo desabrochar o amor entre mãe-bebê. Cabe então, nesse momento, explorar o surgimento desse afeto que resulta em preocupação e cuidados.

Para que os pais possam se preocupar, cuidar e amar, eles precisam ter passado pela experiência de terem sido amados e cuidados. Para Winnicott (1963e/1983, p. 70, grifos do autor), a “preocupação indica o fato de o indivíduo se *importar*, ou *valorizar*, e tanto sentir como aceitar responsabilidade”. A capacidade de se preocupar pressupõe uma organização complexa do ego; e somente a partir dessa prerrogativa, mesmo nutrida de sentimentos ambivalentes na relação com o lactante, é que a mulher será capaz de cuidar do seu bebê e amá-lo. Também os traços mnêmicos de cuidados e de amor inscritos no inconsciente dos pais podem dar a base para o investimento libidinal no filho. Mas, antes de prosseguir, talvez seja necessário entender melhor o que estou caracterizando como amor e como cuidado.

Figueiredo (2014a) assegura que o homem não sobrevive física e mentalmente sem cuidados recebidos ou oferecidos. O cuidar “(...) diz respeito a todo o campo das ocupações e preocupações recíprocas em que dependência e interdependência

²¹ Glaucinéia Gomes de Lima dedicou sua tese de doutorado ao estudo do amor materno. Para um maior aprofundamento, cf.: LIMA (2006).

individuais são tomadas como “fatos da existência”, apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso ‘ser-no-mundo’” (op cit., pp. 11-12). O autor, apoiado nas ideias de Bion, Winnicott, Ballint e Kohut, coloca o cuidador como um agente de sustentação, contenção e transformador, ou seja, um agente propiciador de identificações primárias. Dessa forma, todo compartilhamento de informações – táteis, verbais e não-verbais – entre aquele que cuida e o que é cuidado (mãe-bebê/pai-bebê) seria a base da comunicação primitiva, comunicação esta que será o protótipo para as relações posteriores.

Vamos delineando algo que nos parece inquestionável: o bebê precisa de cuidado e de amor para que possa *vir a ser*. Mas quem cuida e como cuida? Khan (1977) é outro autor convicto em dizer que a figura primeva de cuidados ao bebê é a mãe (acrescento: biológica ou não, homem ou mulher) e que o ambiente só pode ser representado por ela ou através dela, pois a mãe é quem está no cerne da situação de auxílio externo com o qual o bebê poderá contar para o seu desenvolvimento físico e psíquico. Se a mãe é a figura primordial e indispensável para o bebê, para mim não havia dúvidas de que eu precisava ajudar a restaurar e resgatar a confiança de Patrícia na busca da possível mãe que existia dentro dela.

Voltemos a Khan quando ele propõe que revisitemos Freud (1920) para compreendermos a colocação sobre como a mãe serve de escudo protetor para o seu bebê. Ou, de outra forma, como uma mãe cuida do bebê durante um prolongado período de dependência para que, assim, possa surgir “o bebê humano como um organismo mais eminentemente diferenciado e independente vis-à-vis do seu meio ambiente” (KHAN, 1977, p 62).

Freud descreve em 1920, em seu texto “Além do princípio do prazer”, o destino de um organismo vivo num meio ambiente aberto. Com uma riqueza de detalhes que só

apenas um estudioso da biologia poderia oferecer, Freud (1920, p 36), para ilustrar o sistema consciente (Cs.), propõe que “imaginemos um organismo vivo em sua mais simplificada forma, como uma vesícula indiferenciada de uma substância que é suscetível de estimulação”. Continua explicando que “esse pequeno fragmento de substância viva acha-se suspenso no meio de um mundo externo carregado com as mais poderosas energias, e seria morto pela estimulação delas emanadas, se não dispusesse de um escudo protetor contra os estímulos” (op. cit.,p. 37). Prossegue aclarando como uma vesícula viva está provida de um escudo contra os estímulos vindos do mundo externo e adverte que a camada cortical seguinte a esse escudo deve ser diferenciada como um órgão para a recepção de estímulos do exterior. Esse córtex sensitivo deve-se tornar, mais tarde, o sistema Cs., que também irá receber excitações do interior. Entretanto, é menos eficiente na defesa contra estímulos internos, sendo que, para se proteger destes, o organismo coloca para fora, ou seja, projeta no ambiente externo as excitações internas.

Inspirado na explicação de Freud sobre a formação do sistema Cs., Khan (1977) defende que a mãe funciona, para o bebê, como um escudo protetor, tal como a vesícula viva se protege dos estímulos vindos do ambiente externo. Aponta também que os traumas²² resultam das fendas observadas no papel da mãe como um escudo protetor durante todo o curso de desenvolvimento da criança, em que este dela se utiliza como um ego auxiliar para sustentar suas próprias funções do ego, que ainda estão imaturas e instáveis. Essas fendas no papel de mãe como escudo protetor são distintamente

²² Não é minha intenção, nesse contexto de pesquisa, explorar a temática sobre trauma. Contudo, é importante salientar que entendo como trauma um “afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 522). Já na década de 1920, Ferenczi trabalhava com o conceito de trauma primordialmente em dois textos: *A criança mal acolhida* (1929) e *Confusão de Línguas* (1933). Mas foi Khan, em 1977, que defendeu que o trauma cumulativo procede das tensões que uma criança experimenta no contexto de dependência de ego com relação à mãe como seu escudo protetor e ego auxiliar.

diferentes daquelas observáveis em mães com psicopatologias, como as esquizofrênicas, por exemplo. Khan (1977, p. 62) ressalta:

O papel da mãe como escudo protetor é uma construção teórica, que deve compreender a participação pessoal da mãe vis-à-vis da criança, assim como o manejo do ambiente não humano (o quarto, o berço etc.) de que a criança depende para um completo bem-estar.

É importante notar que as fendas observadas nesse escudo protetor não são necessariamente traumáticas, mas, se acontecem de maneira repetitiva, podem influenciar, de uma maneira nociva, o desenvolvimento do ego ou a evolução psicosssexual da criança. Dessa forma, essas possíveis fendas não necessariamente levam a situações traumáticas.

Retomemos o caso de Patrícia e o quanto ela estava fragilizada diante da alta complexidade que a condição de prematuridade do filho trazia. Por vezes, expressou que a incubadora e todos os cuidados médicos dispensados ao filho eram tudo de que ele precisava, mostrando que não se sentia capaz de ser o escudo protetor para o bebê, deslocando tal função para os aparelhos altamente tecnológicos da UTIN e para equipe da maternidade. Foi gestando a própria capacidade para estar no lugar de escudo protetor que Patrícia pôde, apoiada pela “família UTIN”, conceber a preocupação, gestar o cuidado e dar luz ao amor, fortalecendo a capacidade do escudo protetor e minimizando os efeitos nocivos dessas fendas.

Winnicott (1966/2006) reserva uma grande parte de sua obra para detalhar como as falhas da mãe são inclusive necessárias para que a criança possa se desenvolver afetiva, emocional e fisicamente de maneira saudável. Como vimos, o autor dará o nome de “mãe dedicada comum” ou “mãe suficientemente boa” à mulher (ou como já colocado, àquele que se dedica a cuidar do bebê, ou mãe-substituta) que reconhece a dependência do bebê – até porque está identificada com ele – e responde às suas

necessidades. Essa mãe que dá suporte afetivo ao filho, tal como um escudo protetor, também é passível de fendas (falhas) que muitas vezes serão essenciais para que a criança desenvolva sua capacidade de aprender a proteger-se e também de falhar.

Quando a mãe exerce o papel de escudo protetor, ela favorece o crescimento dos processos de maturação de seu filho – tanto das funções autônomas do ego quanto dos processos pulsionais – e defende o bebê contra o amor e o ódio que sente de forma inconsciente, permitindo que sua empatia corresponda ao máximo às necessidades infantis. O escudo protetor também permite que a criança projete sobre a mãe todos os estímulos internos desagradáveis, de forma que ela possa contê-los, possibilitando a ilusão de onipotência da criança do seu bem-estar (KHAN, 1977).

No início da vida, o papel de escudo protetor é também ambiental e de cuidado corporal. A mãe oferece meios ao filho para que ele comece a distinguir o id e o ego, assim como a delimitar, gradativamente, a realidade interior e exterior. À medida que a criança passa da dependência absoluta para a dependência relativa, o papel da mãe como escudo protetor torna-se mais complexo, adquirindo essencialmente um aspecto psicológico, pois ela precisa ajudar a criança nas suas primeiras experiências com conflitos pulsionais internos. Quando proporciona frustrações adequadas a cada fase, a mãe garante a capacidade de a criança tolerar tensões e desprazer, promovendo o seu desenvolvimento estrutural (WINNICOTT, 1963d/1983).

Nesses momentos iniciais da vida, por meio do toque, do carinho, da sustentação – do *holding* –, a capacidade de amar se instala. Nessa perspectiva, *holding* são todos os cuidados maternos, ambientais e psicológicos, endereçados ao bebê:

[O *holding*] Protege da agressão fisiológica.

Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactante – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactante da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.

Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais.

Segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico (WINNICOTT, 1960b/1983, p.48).

Para Patrícia, o *holding* inicialmente não pôde ser realizado na sua forma ampla. O segurar físico e real era inviável e, dessa forma, o próprio cuidar estava ameaçado. Como então desenvolver e solidificar o amar sem a possibilidade de trocas e contato? A escuta psicanaliticamente orientada entra aqui como mediadora. Patrícia foi compreendendo²³, ao longo das sessões realizadas, que embora o *holding* incluía o segurar físico, ele também se amplia para outras possibilidades sensoriais de que o bebê dispõe, como ouvir sua fala, sentir sua presença e seu cheiro, bem como poder ser tocado e acariciado. O bebê “compreende” toda reação provocada por um contato com a pele, já que sua pele é a fronteira entre espaço interno do seu corpo e seu meio.

A constituição psíquica do bebê requer mecanismos complexos que, juntos, tornam possível um desenvolvimento sadio. A mãe desempenha papel fundamental nesse contexto, permitindo, em uma função de ego auxiliar, o desenvolvimento psíquico, emocional, afetivo e biológico da criança. Quando o lactante atinge a capacidade de formar uma imagem coerente e integrada da mãe, ou seja, quando a mãe se torna um objeto total, as bases para um desenvolvimento sadio foram alicerçadas.

A realidade psíquica interna que Freud nos ensinou a respeitar se torna uma coisa real para o lactente, que agora sente aquela riqueza pessoal que existe dentro do *self*. Esta riqueza pessoal se desenvolve a partir da experiência do ódio e amor simultâneos que implicam conquista da

²³ Vale ressaltar que o tipo de compreensão que aqui me refiro não está vinculado a capacidade cognitiva de compreender que o bebê precisa da presença da mãe. Patrícia tinha plena consciência de que era imprescindível estar perto do filho, falar com ele, saber dele. O que lhe causava maior angústia era exatamente entender que o bebê precisava dela e, ainda assim, ela não conseguir se doar e se envolver completamente com ele.

ambivalência, com o enriquecimento e refinamento do que leva ao surgimento da preocupação (WINNICOTT, 1963e/1983, p. 72).

A mãe que recebe toda uma carga de impulsos agressivos do bebê, ao mesmo tempo em que é amada como uma pessoa a quem se podem fazer reparações, possibilita o desenvolvimento da capacidade de se preocupar (WINNICOTT, 1963e/1983).

A capacidade de se preocupar está estreitamente vinculada à possibilidade de cuidar e amar. O amor, por sua vez, é a fonte de gratidão ao seio que alimenta. Klein (1957/1974, p. 47) defende que “a capacidade de desfrutar plenamente da primeira relação com o seio forma a base para experimentar prazer de diversas fontes”. É por experimentar a satisfação completa que a capacidade de amar pode se desenvolver. As experiências de amamentação, toque, carinho e toda forma de contato e relação com o bebê permitem a relação ulterior com outra pessoa, ou seja, trazem uma sensação de unidade com o outro.

(...) tal unidade significa ser plenamente compreendido, o que é essencial para toda relação amorosa ou amizade feliz. Na melhor das hipóteses, essa compreensão não necessita de palavras para expressá-la, o que demonstra sua derivação da mais primitiva intimidade com a mãe no estágio pré-verbal. A capacidade de desfrutar plenamente da primeira relação com o seio forma a base para experimentar prazer de diversas fontes (KLEIN, 1957/1974, p. 46).

Para poder oferecer essa experiência de unidade, a mãe precisa também ter a capacidade de formar relações sadias. Todavia, nem sempre a história da mulher permite que ela consiga oferecer um ambiente favorável a uma relação dual com o bebê. Essas barreiras podem ter suas raízes no desenvolvimento primitivo da mulher, no desenrolar da sua história ou ainda nas próprias condições atuais do momento da gestação e do parto. As rupturas afetivas, que por vezes são incompreensíveis em um primeiro momento, podem dificultar a relação da mãe com o filho.

Diante disso, solidariedade, apoio e compreensão são satisfações simbólicas que podem ser oferecidas pela escuta de um psicanalista, justamente o que busquei no atendimento de Patrícia, servindo-lhe como ego auxiliar, emprestando a ela minha capacidade mais livre para associações simbólicas.

A mãe não consegue prover tudo aquilo de que o bebê necessita, mas ela pode oferecer muito do que ele precisa. Talvez ela possa “prometer apenas incompletude, pois qualquer manifestação humana supostamente completa deve, por esta mesma razão, ser infalivelmente defeituosa” (MELVILLE, 1922, p. 128, tradução minha). Patrícia, diante do horror do nascimento de um filho prematuro, não conseguia oferecer nem mesmo a incompletude, não apresentava condições de se aproximar do filho, ela própria estava cindida. Não podendo ter o filho sonhado, não conseguia se aproximar do filho real. Foi possível constatar, durante os atendimentos de escuta psicanaliticamente orientada, que as bases para se preocupar estavam bem alicerçadas, porém camufladas pela situação de risco real em que o bebê se encontrava. Era preciso desanuvial a densa cortina de fumaça que afastava mãe e filho e reforçar os laços para que o amor, que já estava construído dentro do *self*, pudesse aflorar na relação real entre Patrícia e Henrique. Patrícia se preocupou, abriu possibilidades para cuidar e pôde, finalmente, amar seu bebê.

2.2 Uma imobilidade ativa: Rosália, seus gêmeos e a presença do pai

Quando conheci Rosália, uma mulher de quarenta e oito anos de idade, primípara de gêmeos, ela estava há quatro dias internada, pois havia apresentado uma série de problemas de saúde que elevaram a gestação a um grau de alto risco. Embora

sua condição requeresse cuidados, mostrava-se muito positiva e parecendo também consciente de que, provavelmente, não sairia do hospital até o parto dos filhos.

A primeira impressão que tive foi de que se tratava de uma mulher receptiva e alegre; porém, chamou minha atenção a forma como falava, contava de tudo um pouco e passava de um tópico a outro sem muita coerência ou continuidade. Fiquei sabendo no primeiro encontro que o desejo por ser mãe demorou para desabrochar, visto que não pensava nessa possibilidade até os quarenta e quatro anos de idade. De fato, planejava uma vida sem filhos.

Grávida de vinte e cinco semanas de gestação (uma gestação a termo é de quarenta semanas), o objetivo de Rosália era levar a gestação até a trigésima quarta semana, parâmetro de segurança que seu médico estabeleceu para a diminuição dos riscos neonatais para os gêmeos. A gravidez só aconteceu após quatro tentativas infrutíferas de Fertilização *In Vitro* (FIV), razão pela qual entendia que, muito provavelmente, esta seria sua única chance de ser mãe.

Diante de uma gestação tardia, fui então procurando entender que movimentos haviam ocorrido nos últimos quatro anos para que Rosália mudasse de opinião e almejasse ser mãe. Compreendi que, na verdade, não era a maternidade que estava fora de suas expectativas, mas sim sua esperança de encontrar alguém que pudesse ser um bom pai para seus filhos.

Sendo a mais velha de muitos irmãos, Rosália precisou assumir grandes responsabilidades desde uma idade muito precoce. O final de sua infância e início da adolescência foi marcado por responsabilidades as quais ela ainda não estava preparada para assumir. Afinal, era ela quem cuidava da casa e dos irmãos para que a mãe pudesse trabalhar. Rosália presenciou e viveu todo o sofrimento dessa mulher que não apenas não tinha um companheiro ou um marido por perto, mas principalmente sentiu na

própria pele o que era não ter um pai. O que se desenhava para a vida de Rosália era um futuro incerto, pois a escassez de recursos financeiros era assoladora. Começou a trabalhar muito jovem, assim conseguia ajudar a mãe a prover melhores condições para seus irmãos. Cada vez mais, Rosália ia assumindo esse lugar de uma mulher responsável, dedicada e que não podia reclamar da vida.

As dificuldades foram sendo enfrentadas e, aos poucos, Rosália foi conseguindo se estabelecer profissionalmente. Com pouco mais de vinte anos de idade, foi contratada como secretária em um escritório de advocacia e ali se apaixonou pelo Direito. Anos mais tarde, formou-se advogada e tornou-se funcionária pública dentro da área jurídica. Dedicou sua vida à profissão, à mãe e aos irmãos, não se permitindo ter relacionamentos mais sérios. Foi então que, aos quarenta e quatro anos, conheceu Paulo Roberto.

Paulo Roberto era seis anos mais jovem que Rosália, e tal como ela, trazia uma história de superação. Todo o discurso envolvendo o marido era contado de uma forma muito amável, mas sua maior demonstração de afeto era quando relatava como ele cuidava do irmão com necessidades especiais (o cunhado apresentava comprometimentos cognitivos e motores decorrentes de falta de oxigenação no parto). Após o nascimento do irmão, o pai também abandonou a família, e foi Paulo Roberto quem assumiu as responsabilidades da casa conjuntamente com a mãe.

À medida que ouvia Rosália contar sua história e a do marido, fui compreendendo que o desejo de ser mãe sempre esteve presente. Quiçá, diante de um meio ambiente não empático, esse desejo criou estratégias para não emergir. Fui levantando a hipótese de que, na verdade, sua determinação de investir e acreditar em alguém que também pudesse estar comprometido com uma criança estava adormecida. Mas foram necessários poucos meses de relacionamento com Paulo Roberto para que Rosália compreendesse que, independentemente do que viesse a ocorrer na relação, seu

filho sempre teria um pai. Paulo Roberto era o marido que Rosália buscava para fazer florescer o desejo latente da maternidade - um homem que prometia ser um pai com uma presença real na vida dos filhos, capaz de estabelecer laços e de participar efetivamente, com uma qualidade de sua presença e de suas ações. Iniciou-se, então, um processo longo e cansativo de tratamento de fertilização.

No atendimento psicológico de gestantes em ambiente hospitalar, é comum a troca de informações com a equipe de enfermagem sobre as pacientes que serão atendidas naquele período. Para além das intercorrências médicas e exames que a grávida possa ter sido submetida nos últimos dias, são também fornecidos alguns apontamentos sobre o estado de humor ou emocional dessas mulheres. Quando era Rosália a paciente em questão, os comentários eram em sua maioria positivos. Tranquila e bem-humorada eram comumente os adjetivos empregados para descrevê-la. Contudo, muitas também foram as vezes que esse estado de humor descrito pelas enfermeiras era facilmente revertido nos primeiros dez minutos da sessão comigo. Procurava ser empática e acolhedora diante do que era dito por ela. Ao mesmo tempo em que era preciso ouvir a suposta tranquilidade de Rosália, também era necessário abrir caminhos para que sentimentos supostamente menos agradáveis, como a agressividade, pudessem aflorar. A agressividade poderia ser um sinônimo para vitalidade e uma saída para a mesmice imposta pela condição de repouso.

Ao longo dos encontros, fui ficando convicta de que os objetos bons internalizados desta gestante estavam resguardados, o que remetia à hipótese de que ela própria havia sido maternada de forma suficientemente boa. Muito provavelmente, Rosália teve alguém (mãe) que a amparou e organizou de forma coesa os vários elementos do mundo externo, fornecendo um sentimento de amparo físico e emocional.

Era o meu papel, naquele momento de desorganização externa que reverberava no seu mundo interno, segurá-la e ampará-la simbolicamente.

Sinônimo de mulher forte, que deveria estar agradecida por ter conseguido engravidar mesmo diante das adversidades, as dúvidas, incertezas, tristeza ou qualquer outro sentimento sombrio não poderiam estar presentes. Assim pensava Rosália. Os atendimentos de escuta psicanalítica foram abrindo espaço para que ela se tornasse, também, uma mulher um pouco mais falível e frágil. Mesmo diante dos prévios apontamentos positivos das enfermeiras, comecei a entender que poderia entrar no quarto e encontrar outra pessoa para além da bem-humorada Rosália. Essa possibilidade de receber e acolher este outro lado permitiu o surgimento de uma relação de confiança.

Como o estado clínico da mãe e dos bebês era estável, superando todas as expectativas do que para a medicina seria considerada uma gestação tardia de altíssimo risco, as sessões de escuta psicanalítica passaram a se centrar mais nas questões psicológicas e afetivas emergentes, principalmente no que se referia à plena evolução da gestação e à maternidade. Esse apontamento se faz necessário porque, comumente, muitas sessões com gestantes de alto risco acabam se transformando em um relato das comorbidades da gravidez, que se soma aos exames realizados, expectativa dos resultados e todo tipo de processo interventivo que a mãe e/ou o bebê possam ter passado ou pelo qual deverão passar. É importante poder estar aberta a ouvir essas colocações, pois são situações que irrompem sem nenhuma previsibilidade e muitas vezes são intervenções dolorosas física e emocionalmente. Entretanto, invariavelmente é mais seguro para essas mulheres aterem-se aos fatores clínicos do estado gestacional do que depararem com os conflitos psíquicos advindos dessas situações. Cabe então ao psicanalista abrir possibilidades para que a mulher fale também sobre seu estado emocional, suas preocupações e suas fantasias, perguntando-lhes, genuinamente: “o que

te causa sofrimento?”. A resposta usual não é óbvia. Principalmente em se tratando de Rosália, que tendia a responder o que ela imaginava que o outro esperaria ouvir.

Rosália compreendia, falava, questionava e ficava apreensiva com o processo gestacional em si. Contava sobre o ganho de peso dos bebês – aliás, esta era sempre a primeira informação que ela me passava: o ganho de peso –, o aumento do incômodo que a barriga crescente ocasionava, a falta de sono constante e os pormenores do seu estado. Mas seu percurso durante as sessões tinha um destino certo: imaginar, fantasiar, sonhar com sua futura família.

Muitas das sessões foram realizadas com a presença de Paulo Roberto, já que ele dormia no hospital cinco noites por semana (duas noites ele ficava com o irmão, que sentia muito a sua falta). A postura do esposo nas sessões era mais contida, mas com um visível apoio, encorajamento e preocupação. Paulo Roberto já começava a exercitar o que, mais tarde, após o nascimento dos filhos, certamente se constituiria em uma de suas maiores contribuições ao desenvolvimento da relação da dupla – ou, neste caso, das duplas – mãe e bebês: a sustentação psíquica, afetiva e emocional da esposa (WINNICOTT, C; SHEPHERD; DAVIS, 1994). A afinidade entre o casal era quase palpável, a admiração entre ambos também. Então não foi com surpresa que fui comunicada sobre os nomes dos bebês: Paulo Vinícius e Paulo André – escolha que me pareceu mais que uma homenagem ao esposo, representando também uma referência de integridade associada à figura dele.

Os *Paulos* da vida de Rosália seriam, de acordo com a sua fantasia, homens íntegros, bondosos e trabalhadores – assim era como ela via o esposo e era isso que almejava para os filhos. Também era possível pensar que neles projetava conteúdos próprios, como a virtude para a superação das dificuldades, força e coragem. Muitas vezes, permitiu-se devanear sobre o futuro dos gêmeos, contava do tipo de escola que

planejava colocá-los, de que forma agiriam no mundo, o tipo de personalidade de cada um, a universidade que frequentariam e até os filhos que teriam... Mas, por outro lado, também procurava viver o momento presente, mesmo com toda a adversidade que o ambiente de um hospital pudesse apresentar. A regência do princípio de realidade (FREUD, 1911/2006) estava bem resguardada, mesmo na situação de fragilidade física e psíquica em que Rosália se encontrava.

Rosália encontrava-se em “repouso absoluto”, isso significa que ela precisava ficar deitada vinte e quatro horas por dia. Seu médico permitiu que ela levantasse uma vez por semana para tomar banho. Ou seja, dez minutos por semana em outra posição que não fosse a deitada. Mas isso não impedia Rosália de fazer o enxoval dos gêmeos, planejar o chá de fraldas (que foi realizado no hospital), participar da reforma do quarto dos filhos ou até mesmo de procurar e entrevistar médicos pediatras. A internet foi um grande facilitador para que ela pudesse dar conta de todas essas atividades, e o *notebook* um fiel aliado, sempre ao lado de sua cama.

Quando a gestação ultrapassou a marca das trinta semanas, a empolgação irradiou os atendimentos. Por outro lado, o cansaço, incômodo e a insatisfação também se fizeram mais presentes. A ambivalência, ou seja, essa presença simultânea de sentimentos opostos, principalmente de ódio e amor, indicava uma integração psíquica preservada desta mãe (FREUD, 1912a/2006; KLEIN, 1935/1996). Assim eu entendia a situação, mas isso facilmente poderia ser encarado de uma forma diferente por outros membros da equipe de cuidadores.

Mathelin (1999) explica que, comumente, os profissionais que trabalham em maternidade ou em serviço de pediatria para recém-nascidos tendem a fazer tudo o que é possível para preservar a imagem da doçura e do amor materno. As mães que demonstram alguma agressividade geralmente são encaminhadas ao serviço de

psicologia (tal como veremos adiante, no próximo caso). Refutando essa suposta contemplação da maternidade, basta lembrarmos a obra de Melanie Klein para entendermos que toda relação é feita de ambivalência, ou seja, de amor e de ódio.

Os dias demoravam mais a passar e, mesmo que Rosália desejasse que o parto acontecesse o mais próximo possível do nono mês de gestação, queria também que ocorresse o quanto antes. Instalou-se, definitivamente, a ambivalência. Surgia então a angústia por estar vivendo sentimentos tão diversos, e a reta final de sua estada no hospital tornou-se mais complexa, levando à intensificação dos atendimentos, já que Rosália se apresentava mais ansiosa, aflita e impaciente.

Nas duas ou três semanas que antecederam o parto, marcado então para a trigésima quinta semana de gestação, o tom do discurso de Rosália assumiu uma variante um pouco mais melancólica. Ela contou que seu irmão mais novo havia falecido cinco anos atrás e que a dor dessa perda ainda era muito forte. Coincidentemente, ou não, foi depois da morte do irmão que ela decidiu ser mãe. Rosália considerava que havia sido uma mãe para o irmão, provendo-lhe muito mais do que apenas recursos financeiros para terem uma vida um pouco mais confortável - nutria o irmão física e emocionalmente, devotara seu amor, ajudando nos momentos difíceis, e presenciando o amadurecer de um “homem de bem”. Rosália, portanto, já era mãe muito antes de gerar seus próprios filhos, e poderia novamente ser bem-sucedida neste desafio: o de maternar. Conversamos muito sobre essa possível correlação entre a mãe que ela fora para o irmão e a mãe que gostaria de ser para seus próprios filhos.

Rosália entendia que a decisão de ter filhos também fora influenciada pelo evento da perda do irmão/filho. Gerar e ter seus próprios filhos seriam formas de “dar continuidade ao ciclo da vida”. Considerava que o irmão se tornara um homem responsável e digno, em parte, também por mérito dela, já que assumiu grande parcela

da responsabilidade por criá-lo: “se eu consegui ajudar a criar os meus irmãos numa idade tão nova, e todos se tornaram pessoas honestas, acho que agora tem tudo para dar certo com o Paulo Vinícius e Paulo André. Eu vou conseguir ser uma boa mãe e eu tenho um ótimo pai ao meu lado”. A convicção de Rosália de que seria uma boa mãe (uma mãe suficientemente boa) estava, então, estreitamente ligada ao fato de ter Paulo Roberto para ampará-la, sustentá-la e protegê-la das interferências externas, de modo que ela pudesse entregar-se à preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956/2000).

Com a proximidade do parto, Rosália passou a ficar mais ansiosa e apreensiva, movimentos estes esperados para toda mulher que está prestes a conhecer os seus bebês. Nos últimos atendimentos, fui deparando com uma mulher frágil e amedrontada, e minha função passou a ser então a de tranquilizá-la sobre esses afetos. Nesses momentos de apreensão, de uma forma natural, ficávamos de mãos dadas durante os atendimentos. Winnicott (1960b/1983) chamava essa possibilidade de cuidado pelo toque de *handling*. O *handling*, na relação mãe-bebê, diz respeito aos movimentos produzidos pela mãe para o bem estar físico e psíquico do bebê, como por exemplo, a troca de fralda, o banho, o manejo tátil que ultrapassa a barreira do corpo e que é registrado no psiquismo como cuidado e amor. Rosália, tal como na relação que em breve estabeleceria com os filhos, permitiu que eu cuidasse dela e tentasse harmonizar sua vida psíquica também através do toque. A proximidade e o toque provavelmente faziam com que ela se sentisse mais organizada e segura. Antecipávamos ali, eu e ela, o *holding* que, pouco tempo depois, certamente, viveria com os próprios filhos. Antes mesmo do parto, Rosália começou a se programar para um processo de separação da barriga gestante e a preparar o fio simbólico de conexão que a uniria aos meninos nos próximos meses. Talvez o segurar de mãos permitisse que iniciasse figurativamente o

tecer das conexões afetivas que seriam construídas também pelo toque no e com seus filhos.

Na trigésima quinta semana de gestação, os gêmeos Paulo Vinícius e Paulo André nasceram, ambos com mais de dois quilos, porém com um leve desconforto respiratório, o que tornou necessária a permanência deles na UTIN por poucos dias. Paulo Roberto e Rosália demonstraram orgulho ao falar dos filhos. Foi um começo difícil, mas superado. O que ficou foram as marcas psíquicas, positivas e negativas, que essa experiência trouxe para a recém-começada família de Rosália. Foi dessa forma, com otimismo e esperança, que vi nascer mais uma mãe.

2.2.1 Pai: o colo indispensável

Desde Freud, a literatura psicanalítica atribui um lugar de destaque ao pai na configuração familiar e na constituição psíquica do sujeito. A realização conceitual do complexo de Édipo, como operador clínico e teórico, foi-se edificando ao longo da obra do autor. Já em 1897, antes mesmo da publicação de a “Interpretação dos Sonhos”, em uma carta endereçada a Fliess, Freud anunciava ao amigo que tinha um pressentimento de que em breve descobriria a origem da moralidade, já destacando, nesta carta, a ideia da hostilidade contra os pais como elemento integrante da neurose, ideia esta proveniente do mito do Édipo²⁴ (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

²⁴ “Édipo Rei” é uma peça escrita por Sófocles que trata da história do rei Édipo e da maldição que recai sobre sua família. Édipo é o rei de Tebas e cabe a ele ajudar seus cidadãos a enfrentar uma peste que atinge a cidade. Um sacerdote de Tebas implora a Édipo que este os ajude. Para decidir o que fazer, o rei Édipo pede que Creonte, seu cunhado, vá ao Oráculo perguntar o que o deus Apolo ordena que seja feito. Apolo dá a ordem expressa “de limpar a imundície que corrompe este país, e não deixá-la crescer até que se torne inextirpável” (Sófocles, 430 a.C./2014, p. 10).

Édipo não compreende a ordem de Apolo e pede que Creonte o ajude a interpretá-la. Creonte explica a Édipo que outrora Laio, o rei de Tebas, havia sido assassinado e que o deus prescrevia vingá-lo e punir seus assassinos. Laio foi assassinado quando saía de Tebas para consultar o oráculo. Édipo se comprometeu a esclarecer a morte de seu antecessor, para que assim também pudesse salvar a cidade.

Embora o campo conceitual do complexo de Édipo há muito viesse sendo delineado por Freud, foi em 1910, em seu texto “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens (contribuições a psicologia do amor)” que o termo “complexo de Édipo” apareceu publicado pela primeira vez. Em 1910 – na quarta das “Cinco lições de psicanálise”, Freud apontava que os sentimentos nascidos nas relações entre pais e filhos não são apenas de natureza positiva, de ternura, mas também negativos, de hostilidade. “O mito do rei Édipo que, tendo matado o pai, tomou a mãe por mulher, é uma manifestação pouco modificada do desejo infantil, contra o qual se levantam mais tarde, com repulsa, as barreiras do incesto” (FREUD, 1910/2006, p. 58).

Para Freud (1910/2006), o complexo de Édipo é estruturante nas questões ligadas à psicose, à personalidade e na orientação do desejo psicosssexual. O pai, dentro da lógica edípica freudiana, atuaria como interditor e como representante da lei. Toda a conceituação do complexo de Édipo desde Freud até os pós-freudianos é fundamental para o desenvolvimento da metapsicologia e serve como norte, até os dias atuais, na pesquisa e clínica psicanalítica.

Ainda considerando imprescindível que o pai atue como interditor e representante da lei, mas ampliando consideravelmente seu papel, Winnicott (1963d/1983) propõe que olhemos para a função parterna como o alicerce que dará suporte à mulher para que a relação mãe-bebê possa se estabelecer de forma saudável.

Édipo, por sugestão de Creonte, manda chamar Tirésias, o adivinho da cidade, para que ele possa dizer o nome do assassino. Contudo, Tirésias vê algo muito perturbador: o assassino de Laio seria o próprio Édipo. Tirésias profetiza sobre o destino de Édipo: “Ele via: desse dia em diante será cego; ele era rico: mendigará. E, tateando o caminho a sua frente com o bastão, irá para uma terra estrangeira. De um só golpe, ele se descobrirá ao mesmo tempo pai e irmão dos filhos que o cercavam, esposo e filho da mulher da qual nasceu, rival incestuoso e assassino do próprio pai!” (Sófocles, 430 a.C./2014, p. 30). A profecia se cumpre e antes mesmo que Édipo confirmasse tudo o que se passara, Jocasta (esposa e mãe de Édipo) já havia entendido o que sucedera, por isso cometeu suicídio, enforcando-se em seu quarto. Quando Édipo vê essa cena lamentável, ele arranca os colchetes de ouro que ornavam as vestes da rainha, os ergue no ar e os enterra nos próprios olhos, disse ele: “assim eles não mais verão o mal que sofri, nem o que causei; assim as trevas doravante os impedirão de ver aqueles que eu não deveria ter visto, e de ignorar aqueles que, apesar de tudo, eu gostaria de ter conhecido!” (Sófocles, 430 a.C./2014, p. 79). Foi desta forma que a profecia se cumpriu: Édipo matou seu pai e desposou sua própria mãe.

Afirma o autor: “Ela [a mãe] necessita de apoio por esta época, que é melhor dado pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio, mas apesar disso precisa ser dito” (WINNICOTT, 1963d/1983, p. 78).

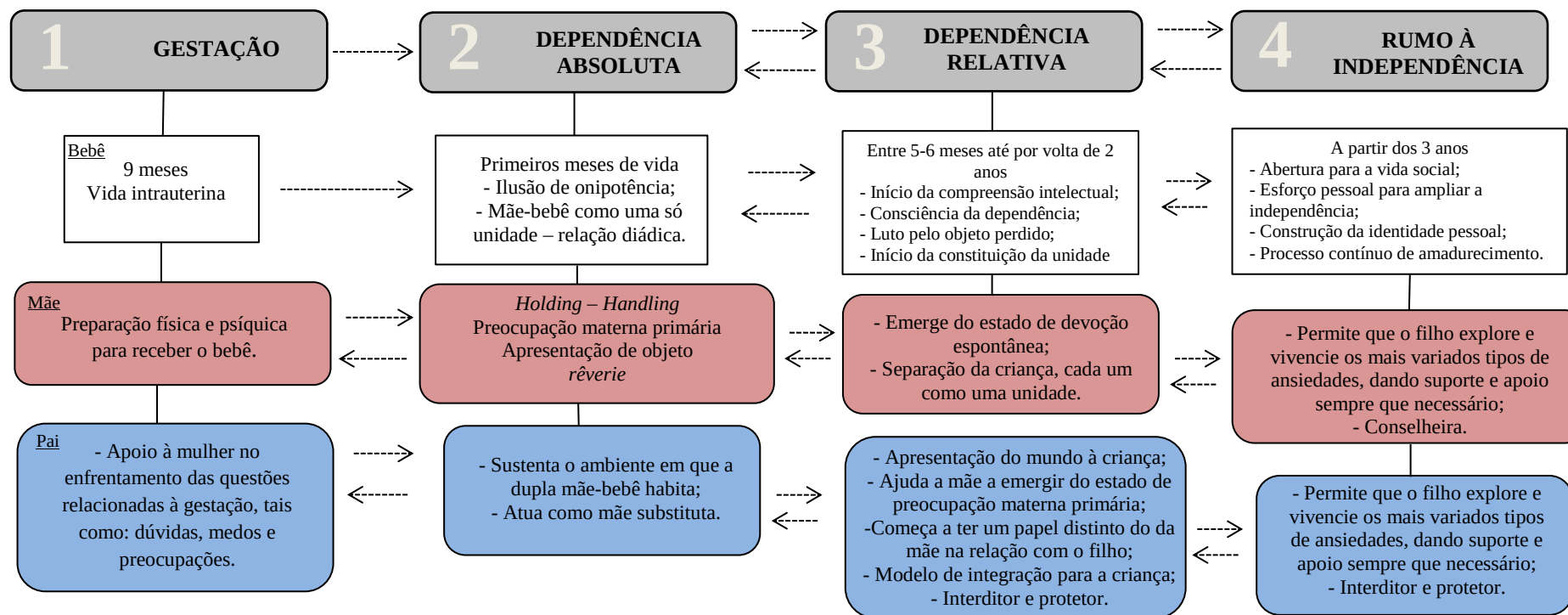
A psicanalista Claudia Dias Rosa²⁵, fazendo uma reflexão sobre o papel do pai em Winnicott, aponta:

Era natural, como consequência, que o papel do pai também se modificasse não ficando restrito às questões relativas ao complexo de Édipo, mas assumisse, dentro do novo quadro teórico, não apenas dois, mas diferentes papéis ao longo do amadurecimento pessoal, que variam de acordo com a crescente maturidade do bebê. Ou seja, antes de o pai surgir como um dos polos do triângulo edípico, ele já está presente, de diferentes maneiras, na vida do bebê (ROSA, 2009, pp. 57-8).

Voltemos ao caso de Rosália, Paulo e os gêmeos. Com essa breve retrospectiva do papel do pai, posso afirmar que Paulo, já durante a gestação de Rosália, proporcionava um ambiente seguro – física e emocionalmente – para que a esposa pudesse dar também aos bebês (ainda intra-útero) a perspectiva de um ambiente acolhedor. Paulo oferecia à esposa “o apoio e o sentimento de segurança” (WINNICOTT, 1963d/1983) que logo adiante ela transmitiria aos filhos. O esquema da Figura 1 ilustra como a presença do pai – e também da mãe – é imprescindível para a criança nas diversas fases do desenvolvimento.

²⁵ Psicanalista, mestre em psicologia clínica pela PUC-SP e professora da Escola Winnicottiana de Psicanálise que dedicou seus estudos ao papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. Para um maior aprofundamento, cf.: ROSA, 2009.

FIGURA I. O Processo de desenvolvimento e o papel dos pais



Legenda:

- Bebê
- Mãe (ou sua representante)
- Pai (ou seu representante)

progresso e regressão
 amadurecimento

O essencial a ressaltar nesse esquema²⁶ – que não tem a intenção de esgotar o tema sobre o desenvolvimento do bebê, mas apenas ser um guia sucinto – é que a presença do pai e da mãe é importante em todos os momentos da vida do sujeito. Da gestação até a dependência absoluta, passando pela dependência relativa e seguindo rumo à independência, a criança e também o adulto estão em constante processo de amadurecimento e, via de regra, podem voltar a estágios mais regredidos em diversas situações durante a vida. Um exemplo dessa situação é a própria condição da mulher que se encontra em Preocupação Materna Primária e que vivencia temporariamente um estado “de retraimento ou de dissociação” (WINNICOTT 1956/2000). Para que ela possa se identificar com o filho, utiliza-se de suas próprias reminiscências infantis a fim de corresponder às necessidades do bebê.

Outra situação de substancial importância no tecer das relações entre pai-mãe-bebê é que tanto o pai real, aquele que está presente na vida da criança, como o pai que a mãe contém em sua mente durante a maternagem são relevantes no que concerne à possibilidade de prover um ambiente suficientemente bom para o bebê.

(...) o que significa a presença efetiva do pai e o papel que desempenha na experiência do relacionamento entre ele e a criança e entre a criança e ele? O que isto causa ao bebê? Pois há uma diferença, que depende de o pai achar-se lá ou não, se é capaz de estabelecer um relacionamento ou não, se é são ou insano, se tem a personalidade livre ou rígida. (...) há muita coisa também a ser levada em conta que tem a ver com a imago do pai na realidade interna da mãe e com o destino desta imago (WINNICOTT, 1969b/1994).

Rosália havia construído dentro de si uma imagem do pai de seus filhos que era envolta nos mais nobres sentimentos e cercada de muita admiração. Por outro lado, o

²⁶ Esse esquema foi fundamentalmente baseado nas fases de desenvolvimento sugeridas por Winnicott. Para um maior aprofundamento sobre o processo de amadurecimento em Winnicott, cf.: WINNICOTT, 1983. Entretanto, a ideia de autores como Freud, Klein, Bion e Lacan também foram relevantes para a construção da figura.

pai real correspondia a essas expectativas e oferecia um ambiente suficientemente bom, com a promessa de ser uma presença real na vida da esposa e dos filhos. A qualidade e o valor da presença e do apoio que o esposo e/ou pai da criança oferece à mulher irão repercutir diretamente na relação que a mãe estabelece com o bebê. “É o pai que, em última instância, ocupa o papel *princeps* de dar *holding* à mãe, especialmente durante todo esse período em que ela está cuidando do desamparo de seu bebê” (ROSA, 2009, p. 65).

Klein (1937/1996, p. 348) também alertava para a importância do papel do pai na vida do bebê: “o papel essencial que o pai desempenha na vida emocional da criança também influencia todas as suas relações amorosas posteriores, assim como toda a sua ligação com outras pessoas”. Entretanto, acrescenta um pouco adiante que: “a relação do bebê com o pai, na medida em que este é percebido como uma figura gratificante, amistosa e protetora, é modelada em parte sobre a relação com a mãe” (op. cit., p. 348). Vemos, nesse sentido, que a saúde psíquica da criança está estritamente ligada à relação estabelecida entre os pais, inclusive em períodos muito precoces do desenvolvimento e, arrisco a dizer, até mesmo na relação com o bebê intra-útero e pré-concepção.

Paulo Vinícius e Paulo André, os gêmeos de Rosália, nasceriam em um ambiente em que pai e mãe teciam uma relação de cumplicidade, de reciprocidade. O colo estava aquecido e preparado para receber os bebês, e as imagens de pai e mãe, amorosos e acolhedores, já estavam em pleno processo de desenvolvimento nas mentes de Rosália e Paulo Roberto.

2.3 Compreender o ataque como defesa extrema: da violência ao abraço

Os eventos que culminaram no primeiro atendimento de Betânia foram um tanto quanto atípicos. Logo quando cheguei ao hospital naquela manhã, havia um pedido de “atendimento urgente” para uma puérpera que havia dado à luz há um dia. Procurei inteirar-me do que estava ocorrendo por meio do prontuário e também conversando com a equipe de profissionais que estiveram em contato com a paciente.

Betânia havia sido atendida no dia anterior por um psiquiatra do hospital, o qual indicou-lhe acompanhamento psicológico. Esse profissional havia sido chamado após uma sequência de eventos nos quais Betânia insultou as enfermeiras, gritou e bradou com o médico e profissionais da UTIN, apresentando comportamento marcado por exacerbada inquietude e ansiedade. Diante de um pedido de urgência e com um quadro tão emblemático ao qual fui apresentada, tentei seguir a orientação de Freud (1912b/2006) e abster-me das possíveis interferências negativas que poderiam sobrepujar o atendimento e criar uma pré-concepção da mulher que eu estava prestes a conhecer. Devo dizer que se tratava de uma tarefa nada fácil diante do bombardeio de relatos negativos a seu respeito.

Fui recebida por Betânia com muita hostilidade, chegando inclusive a temer por minha segurança nos primeiros dez ou quinze minutos do atendimento. Negando completamente sua fragilidade, me parecia que esta recém-mãe fazia uso de defesas muito primitivas. Seu comportamento era agressivo, gritava e apontava o dedo no meu rosto, vociferava que eu também achava que ela era louca e que eu nunca poderia entender o que ela estava passando. Diante de uma angústia persecutória tão acentuada, apenas tentei permanecer aberta para a possibilidade de compreender minimamente o que estava ocorrendo, e logo descobri que Betânia estava se sentindo completamente

desamparada e insegura. Seu comportamento agressivo tinha um único intuito: comprovar que eu também me afastaria. Mas não fui embora, fiquei, ouvi, acolhi.

Pensando na orientação que Winnicott (1971/1984) expressa em seu trabalho sobre “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil”, de que uma única sessão pode ser organizadora para o paciente, procurei ficar o mais disponível possível para Betânia. Contudo, uma pergunta insistia em rondar meus pensamentos: “o que eu posso fazer por você?”. Em um primeiro momento, a única resposta para essa autoindagação era a de que eu precisava ouvi-la, precisava estar ali com ela e para ela. Assim, o primeiro atendimento durou um pouco mais de três horas. Escutei sua história, tentando me abster ao máximo de qualquer pré-diagnóstico.

A gravidez de Betânia foi, segundo ela, um “acidente planejado”. Aos trinta e um anos de idade e com uma história de bipolaridade há mais de quinze, Betânia disse estar cansada de ser apontada como louca e desequilibrada. Entendeu que talvez a maternidade pudesse lhe trazer um pouco de credibilidade para as pessoas que conviviam com ela, especialmente sua própria mãe. Nas últimas férias, decidira fazer uma viagem a uma região litorânea. Sabendo que estava em seu período fértil, resolveu “arriscar”. Obteve sucesso em seu intuito, engravidando de um homem que conhecia muito pouco e com o qual não voltou a ter contato desde essa breve relação.

A gestação, que apresentava certo risco por conta do uso contínuo de medicamentos psiquiátricos e por ser uma fumante inveterada, teria de ter sido acompanhada muito de perto por um obstetra de confiança. Entretanto, foi muito difícil para Betânia vincular-se a algum médico. Passou por vários profissionais durante a gestação, mas acabou realizando o parto com a equipe plantonista do hospital. Comecei a perceber que algo se repetia na história dessa mulher: pessoas estranhas,

desconhecidas pareciam vir ampará-la em situações-limites. Talvez isso ocorresse pelo fato de Betânia apresentar uma grande dificuldade de estabelecer vínculos.

Fui ouvindo essa mulher que se apresentava de forma tão hostil e encolerizada, exalando fúria e agressividade, mas que me pareceu tão desolada, desamparada e desorientada, até que resolvi fazer algo pouco usual. Disse a ela que via muita dor e sofrimento no que me contava, e tudo o que poderia lhe oferecer naquele momento era a minha escuta livre de qualquer julgamento. Estendi meus braços e perguntei: “você aceita?”. O que eu propunha naquele momento era instalar minimamente um ambiente facilitador ou um ambiente favorável (WINNICOTT, 1963b/1983) para que minha paciente pudesse começar a sentir física e emocionalmente o que estava se passando a sua volta, mas principalmente o turbilhão de afetos em seu mundo interno. Minha atitude era a de poder lhe oferecer uma alternativa ao desamparo. Inicialmente, ela se surpreendeu com o meu gesto, inibindo-se por um momento e aceitando o abraço. Senti que estava muito tensa e seu abraço era quase mecânico, mas, pouco tempo depois, relaxou o corpo e se deixou ser acolhida, irrompendo em um choro sentido.

Betânia sempre sentiu uma solidão avassaladora, nunca teve nenhuma grande amiga ou qualquer outra pessoa com quem pudesse dividir suas alegrias e inquietações. A relação com a mãe era marcada pela ambivalência. Era muito difícil saber, no âmbito das sessões de escuta psicanalítica, como mãe e filha construíram essa relação marcada pela desconfiança, rancor e cobranças. Mas, pensando no que Klein (1940/1996) e Winnicott (1971a/1989) defendem sobre as experiências precoces e um ambiente que permita o desenvolvimento saudável – que é diferente de um desenvolvimento livre de doenças psíquicas –, podemos pensar que Betânia talvez tenha introjetado um ambiente hostil, o que contribuiu para que se tornasse uma pessoa tempestuosa e tensa em resposta a esse ambiente. Muitas brigas e discussões sempre estiveram presentes entre

mãe e filha. Diante dessas colocações, fui construindo, conjuntamente com ela, o lugar que o filho ocuparia em sua vida.

Para Druon (2011), é esperado que, após o nascimento, o filho venha re-narcisar a mulher, agora reconhecida como mãe. Entretanto, para o bebê de Betânia, o que cabia era a grande tarefa de curar a ferida narcísica da mãe, ferida esta que, provavelmente, estava aberta desde sua própria experiência em ser cuidada. O filho veio para ocupar o lugar dessa pessoa especial com quem poderia contar e confiar. Quando ela conseguiu dar voz a essa “enxurrada” de afetos contidos, sentiu-se constrangida e envergonhada: “como eu posso querer tanto de um bebê tão frágil e indefeso?”. Era o reconhecimento de que o filho precisava ser cuidado e amparado por ela. Por outro lado, Betânia também tinha a necessidade de ser cuidada. Aos poucos, quando foi se permitindo entrar em contato com sua fragilidade e seus desafios, foi ficando claro para ela o quanto seu bebê também precisava ser acalentado no colo da mãe, junto ao seu corpo, sentindo os ritmos de seu coração e de sua voz. O bebê precisava muito dessa continuidade do que vivera no útero, dessa relação simbiotizada, desse lugar de existência e de continuação de seu ser (FREUD, 1926/2006; WINNICOTT, 1966/2006; FONTES et al., 2014).

O pequeno Pedro nasceu na trigésima sexta semana de gestação, pesando um pouco menos de dois quilos. Precisou de auxílio para respirar e, por isso, foi encaminhado à UTIN. A primeira visita de Betânia ao filho, que ocorreu antes do atendimento psiquiátrico e psicológico, foi extremamente conturbada, e toda a equipe da UTIN estava receosa de recebê-la novamente. Na segunda visita, que aconteceu no mesmo dia do primeiro atendimento de escuta psicanaliticamente orientada, acompanhei mãe e filho nesse encontro. Até aquele momento, Betânia estava desamparada, seus gritos não eram ouvidos, não havia nenhum cuidador presente no real da cena ou

preservado simbolicamente em sua realidade psíquica. Foi a partir de uma escuta, que ouviu para além dos gritos e da agressividade, que Betânia pôde começar a sentir a dor – física e psíquica – do parto.

Interessante perceber que, embora fizesse um pouco mais de vinte e quatro horas que Betânia havia sido submetida a uma cesárea, movimentava-se com uma desenvoltura muito além do esperado para uma puérpera. Contudo, após falar um pouco de si, de suas angústias, medos e apreensões, ela pôde dar lugar à dor física que uma cirurgia cesariana tende a causar. Essa ressalva se faz necessária porque, mostrando-se mais fragilizada e necessitando de cuidados, ela pôde pedir para utilizar a cadeira de rodas para ir até a UTIN, o que não havia ocorrido no dia anterior, causando estranhamento aos profissionais. Suponho que a defesa maníaca que imperava até o nosso encontro blindava seu corpo das dores e desconfortos físicos.

A cena do encontro (sim, encontro, pois foi a primeira vez que Betânia de fato percebeu e recebeu seu filho) foi tocante. Uma mulher calma e preocupada tocava o corpo do bebê enquanto declamava palavras doces carregadas de afeto. Acredito que foi a partir daquele momento que esta mãe pôde começar a garantir a continuidade da existência do seu filho. Pedro, antes de poder se separar, precisava da continência de um colo que entendesse como a continuação do seu próprio eu, de alguém que pudesse dar bordas para uma sensação de liquefação que sentiria nos primeiros meses de sua vida (WINNICOTT, 1962/1983; FONTES et al., 2014).

Meu papel naquele momento era apenas de testemunha, muito embora reconheça que provavelmente para Betânia tenha sido importante a figura de um outro que a apoiasse, caso fosse necessário. Mãe e bebê começavam ali, naquele momento, a estabelecer laços. E eu, diante desse espetáculo da maternidade, via desabrochar um potencial de amor materno que, antes, estava mascarado pela hostilidade e

incompreensão. Esse amor materno, que, como sabemos, é uma construção que acontece na relação mãe-criança (HILFERDING, 1911/1991; KLEIN, 1957/1974; LIMA, 2006; FIGUEIREDO, 2014), estava em eminência de sucumbir caso Betânia não conseguisse equilibrar o turbilhão de afetos que a invadiam. Inicialmente, sua maior preocupação era em dar um bebê para o mundo, provando assim sua sanidade. Agora precisava provar para ela mesma que vivia a loucura saudável da preocupação materna primária, loucura esta capaz de vinculá-la a Pedro.

O pequeno Pedro, nome que é sinônimo de rochedo ou pedra fundamental, precisou apenas de duas semanas para a reabilitação total. Durante esse período, o trabalho de escuta e orientação foi intenso com Betânia. Em alguns dias, foram feitos três ou quatro atendimentos, alguns durando dez ou quinze minutos, outros em torno de uma hora. Estabelecemos, assim, um parâmetro de “livre demanda”, termo comumente utilizado por pediatras para aconselhar as mães a oferecerem o peito apenas quando o bebê solicitar, ou seja, sem uma rotina rígida que possa angustiar tanto a mãe quanto o bebê. Pois foi assim que também “maternei” Betânia: por livre demanda. Sempre que entendíamos necessário o encontro, o fazíamos sem pressão de tempo ou rotina. Nessas sessões, oferecia segurança e acolhimento, mas também explorava as questões psiquiátricas relacionadas ao seu “surto”²⁷, sugerindo uma lista de profissionais que deveria procurar, tais como um psiquiatra, um ginecologista e um pediatra, para acompanhá-la após a alta hospitalar de Pedro.

Muitos dos atendimentos aconteceram na própria UTIN, ao lado da incubadora do bebê. Isso me possibilitou acompanhar o início do estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, bem como os percalços que essa dupla precisou enfrentar para se entender

²⁷ Não tomarei o conceito de surto no sentido nosológico do termo, não é a intenção categorizar ou classificar o que Betânia vivenciou. O termo surto foi muito utilizado por Betânia nas sessões, embora o diagnóstico psiquiátrico tenha sido de Transtorno de Ansiedade. Acredito que para ela o termo representasse um estado esporádico e transitório, o que permitia-lhe vislumbrar um futuro imediato sem a incidência deste estado, visto que estava sendo medicada.

mutualmente. Testemunhei a primeira mamada, vi Betânia aperfeiçoando suas habilidades para trocar e manusear Pedro e presenciei o constante entrosamento entre essa dupla. Ainda assim, uma preocupação deixava-me inquieta: após a alta hospitalar de Pedro, quem cuidaria de Betânia para que ela pudesse cuidar do filho?

Mesmo com a lista de profissionais sugerida, havia uma lacuna de cuidado afetivo que não poderia ser preenchida por nenhum especialista. O vínculo entre Pedro e Betânia estava em pleno processo de desenvolvimento, mas faltava o terceiro na relação, aquela pessoa que de alguma forma pudesse amparar essa mãe, assim como o trabalho de escuta psicanalítica me permitia fazer.

Coincidência, ou não, certo dia encontrei Betânia nos corredores do hospital acompanhada de uma mulher que logo soube ser sua mãe. Diante dessa oportunidade, sugeri que conversássemos, nós três, sobre todas as questões que envolviam a inserção de Pedro na família. A mãe de Betânia, a quem chamarei de Fátima, mostrou-se aberta a ouvir a filha, mas particularmente ficou muito tocada ao ouvi-la contar de suas fragilidades. Fátima ponderou o quanto sempre fora “muito dura” com Betânia e mostrou-se arrependida por não tê-la apoiado durante a gestação. Foi um encontro muito emotivo para as duas, um encontro que pôde reatar os laços de mãe e filha que talvez, em algum momento, tenham se afrouxado.

É importante destacar que essa possibilidade de retomar a relação entre mãe/avó e filha só foi realizada porque, tal como era minha hipótese inicialmente, Betânia havia preservado dentro de si objetos bons. O desejo de restaurar o objeto bom internalizado é uma característica dos estados mais integrados da posição depressiva (KLEIN, 1936/1996, 1937/1996, 1957/1974). Betânia, mesmo cambaleante e ainda precisando muito ser amparada, permitiu que sua própria mãe manifestasse o desejo de estar junto a ela, em uma tentativa de reparar desavenças e intrigas de outrora. Foi transpondo a

barreira de suas intensas defesas e, primeiramente, abrindo a possibilidade de ser ouvida por uma psicanalista, que ela pôde também se abrir para um contato mais íntimo com sua mãe e com o seu filho. Betânia conseguia estar minimamente integrada para aceitar o acolhimento de sua mãe, ao mesmo tempo em que também reconhecia o ataque e tentava reparar o mal que fez. Inicialmente, ela não foi capaz de experimentar uma privação sem ser dominada pelo ódio. Mais tarde, a compreensão e tolerância que a ela foram oferecidas, por mim e por toda a equipe da UTIN, puderam ser deslocadas para retomar a relação com a mãe, ao mesmo tempo em que oferecia acolhimento para o filho.

Via de regra, na UTIN, são admitidos apenas o pai e a mãe do bebê internado. Avós ou outros parentes são apenas permitidos em casos especiais. Tínhamos um caso especial, por isso, após nossa conversa, Fátima pôde conhecer seu neto. Acompanhei mãe e filha até a incubadora do bebê, mas ali não permaneci. Entendi que meu trabalho havia sido concluído, essas três gerações (avó-filha-neto) teriam um longo caminho pela frente. Acredito, porém, que estavam na rota de múltiplas reparações e estabelecendo capacidades para se cuidarem mutualmente.

2.3.1 As defesas maníacas e os movimentos reparatórios

O caso de Betânia me remete aos caros conceitos da obra de Melanie Klein, relativos às posições esquizo-paranoide e depressiva, os quais foram trabalhados primordialmente em três de seus textos clássicos – o primeiro de 1935, “Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos”; o segundo de 1940, “O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos”; e o terceiro de 1946, “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”. Apoiando-me também no trabalho de 1937,

“Amor, culpa e reparação”, busco esboçar aqui hipóteses que nortearam minha percepção e me ajudaram a ampliar a compreensão do caos que a mim foi apresentado por Betânia. Minha intenção é de lançar proposições conceituais que apoiem a dinâmica que se estabeleceu nos atendimentos, sem a intenção de categorizar ou de lançar diagnósticos fechados. No curto espaço de tempo em que Betânia foi por mim atendida, pude somente acolher o turbilhão de emoções desencontradas, propor um reconhecimento do seu estado ansioso, oferecendo uma escuta empática e lhe dando as mínimas condições para que ela pudesse superar o caos interior, principalmente nas questões pertinentes à maternidade.

A posição esquizo-paranoide é caracterizada pela experiência que a criança sente na relação com o “seio bom” e com o “seio mau”. Ou seja, nessa fase o seio bom (ou a mamadeira²⁸) representa, na mente do bebê, o amor, a bondade e a segurança; o seio mau (ou mamadeira) é vivido como perseguidor e aniquilador. Nesse momento do desenvolvimento emocional, existe uma cisão total das imagens entre amor e ódio, entre bom e perigoso. A criança, nesta fase, mantém uma relação parcial com os objetos, com as partes de seu próprio corpo e com as pessoas a sua volta. “Pode-se dizer que o mundo de objetos da criança nos primeiros dois ou três meses de vida consiste em pedaços do mundo real que são hostis e perseguidores, ou então gratificantes” (KLEIN, 1935/1996, p. 326).

A relação de objeto na obra kleiniana é de fundamental importância para compreender como o sujeito se relaciona com o mundo – interno e externo. Será inicialmente com a mãe que o bebê terá a primeira possibilidade de relação, mesmo que

²⁸ Klein (1936) enfatiza a importância psicológica de a mãe amamentar o filho, como também pondera algumas questões sobre quando esta mãe está, por algum motivo, impedida de fazê-lo. Considera que a mamadeira é um substituto para o seio da mãe, pois permite ao bebê a experiência de estabelecer um relacionamento com a mãe-seio através da mamadeira oferecida por ela. Entretanto, ressalva que, mesmo em casos de crianças que se desenvolveram muito bem com a mamadeira, a análise posterior dessas pessoas revela um profundo anseio pelo seio, que nunca foi saciado. Desta forma, “não deixa de fazer uma grande diferença para o desenvolvimento psíquico o fato de a primeira e mais fundamental gratificação ter sido obtida através de um substituto, ao invés daquilo que realmente se desejava” (p. 343).

inicialmente ele ainda não consiga diferenciar-se dela. A partir da relação de objeto, bons e maus, será capaz então de organizar seu mundo interno, isso sempre contando com uma mãe disposta a dar suporte às suas angústias.

De uma forma ampla, nos primeiros meses de vida, a estrutura que organiza a vida mental do bebê é constituída por: 1) uma angústia persecutória; 2) uma relação de objeto parcial; 3) mecanismos de defesas que são utilizados de forma intensa e onipotente para proteger o ego, tais como: a cisão, a identificação projetiva, a introjeção, a idealização e a negação²⁹ (KLEIN, 1946/2006).

O que caracteriza a posição esquizo-paranoide é:

(...) uma dinâmica evacuativa de negar, projetar e expulsar a realidade psíquica, o que parece oferecer um alívio imediato, mas acaba gerando angústias persecutórias ou paranoides: todo o mal posto do lado de fora vem tornar ameaçador e persecutório o ambiente. (...) As angústias paranoides (...) podem ser enfrentadas pela criança por meio de mecanismos obsessivos como, por exemplo, o exercício de controle, que é sempre uma estratégia imaginária de imobilizar, prender e dominar a “maldade” que produz ameaça (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, P. 87).

Na posição esquizo-paranoide, defesas mais radicais, como a cisão, idealização, identificação projetiva, projeção e a negação são mobilizadas. Em um primeiro momento, é a violência dos afetos que se fazem presentes no psiquismo incipiente. A esse respeito, Cintra (2001, p. 73) assinala:

Antes de tudo somos isto: um feixe de violentas necessidades e exigências, mergulhando no mais aflitivo desamparo. Isto é, antes de chegar a perceber e desejar o outro como um outro, com capacidade de manter a distância e a diferença em relação a ele, somos puro anseio vampiresco e voraz, um turbilhão de angústias e um tumulto de desejos arcaicos que nos tornam indiscerníveis uns dos outros; somos

²⁹ Para um maior aprofundamento, cf.: KLEIN, 1946/2006.

sede da mais pura violência do imaginário, o que nos coloca em pleno estado de desamparo.

As angústias que surgem diante dessas violentas necessidades e exigências são sentidas pelo bebê como um profundo medo de aniquilamento, de desconexão total com o mundo e acabam por tomar a forma de medo de perseguição. Somam-se ainda a essas angústias o medo de um impulso destrutivo, a angústia de separação e a frustração das necessidades corporais. A criança sente como se seu mundo interno estivesse sendo despedaçado, mas, no desenvolvimento normal, esse sentimento de desintegração tende a ser temporário, desde que exista a gratificação por parte do objeto bom externo que, conjuntamente com outros fatores, ajuda a superar esses estados esquizoides. Esse objeto bom externo é, geralmente, representado pela mãe; assim: “(...) o amor e a compreensão da mãe para com o bebê podem ser vistos como o maior recurso à disposição do bebê para a superação de estados de desintegração e de ansiedades de natureza psicótica” (KLEIN, 1946/2006, p. 29).

Se a presença de uma mãe amorosa e compreensiva ajuda o bebê a transpor os estados esquizoides que habitam sua mente nos primeiros meses de vida, é de salutar importância que ela esteja minimamente organizada e disponível. Não era o que acontecia com Betânia. Nos primeiros momentos em que ofereci minha escuta para esta recém-mãe, parecia-me que ela negava completamente sua fragilidade e que fazia uso de defesas muito primitivas, tal como a cisão, numa tentativa de abarcar a angústia. A angústia premente era de ordem paranoide, sendo que médicos, enfermeiras e psicólogas eram atacados, talvez como forma de proteger o próprio ego de supostos ataques externos. Dessa forma, a resposta do ego diante da angústia persecutória era dissociar, separar o bom e o mau para conseguir dar conta do extremo desamparo que

Betânia estava sentindo. Essa primeira percepção foi sendo modificada à medida que pude entrar em contato com suas fragilidades.

Betânia tinha um diagnóstico psiquiátrico estampado em seu prontuário. Sua postura comportamental em nada refletia um estado puerperal, tampouco remetia ao suposto estado de fragilidade que sua condição pós-cirúrgica exigia. Ela era agressiva, mas, acima de tudo, confusa. Também fiquei confusa. Todos os indicativos fenomenológicos remetiam a estágios muito primitivos do desenvolvimento. Mas, nesse momento inicial, algo que ainda não conseguia nomear me levou a apostar na sanidade de Betânia. A seguinte citação de Klein me ajuda a compreender essa percepção:

(...) perturbações normais de processos de pensamento ligam-se com a posição esquizo-paranoide do desenvolvimento. Pois todos nós somos às vezes passíveis de um comprometimento momentâneo do pensamento lógico, o qual corresponde a pensamentos e associações estarem cortados uns dos outros e situações estarem excindidas uma das outras; de fato, o ego fica temporariamente cindido (KLEIN, 1946/2006, p. 33).

Minha aposta era de que, talvez com o devido apoio, Betânia conseguisse ultrapassar esse estado de perturbação. Volto então ao processo de desenvolvimento para compreender melhor essa questão.

Com o tempo, a criança vai percebendo que a mãe é uma pessoa inteira. Essa percepção mais realista vai paulatinamente se estendendo para o mundo além da mãe. Quando a criança começa a ter uma relação com o objeto total, ou seja, deixa de ter uma fixação pelo seio e passa a se relacionar com a pessoa inteira, ocorre uma mudança na sua atitude emocional para com a mãe. Os sentimentos destrutivos e amorosos são dirigidos para o mesmo objeto, o que pode dar origem a conflitos profundos e perturbadores na mente da criança.

Por volta dos quatro, cinco meses de idade, o ego do bebê depara com a necessidade de reconhecer, para além da realidade externa, a realidade psíquica. Ele se dá conta de que o objeto amado e o odiado são um único objeto; percebe também que as figuras imaginárias e os objetos reais estão ligados entre si: “esses dois tipos de relação de objeto se misturam e se matizam reciprocamente numa intensidade cada vez maior ao longo do desenvolvimento” (KLEIN, 1935/1996, p. 326). Nessas circunstâncias, quando a criança vislumbra a possibilidade de relação com o objeto total e com uma mãe real e amada, a posição depressiva se instala.

A posição depressiva é constituída por uma angústia depressiva que é caracterizada por: culpa, na fantasia, ao possível dano que a criança fez ao objeto amado com suas pulsões agressivas; relação com um objeto total – aqui, bom e mau se vinculam em um único objeto; possibilidade de se preocupar com o estado do objeto interno e externo, utilizando a reparação para fazê-lo. De uma forma concisa, podemos dizer que a posição depressiva surge por medo de perder os objetos amados e pelo medo da perseguição por parte de objetos aterrorizantes. A introjeção do objeto amado total dá origem à preocupação e ao medo da destruição desse objeto. São esses medos e sentimentos de pesar, somados ao conjunto de medos e defesas paranoides, que constituem a posição depressiva.

A superação da posição depressiva perpassa a possibilidade de a criança utilizar os objetos bons internalizados, os quais se estabelecem com mais força ao longo do processo de aquisição do conhecimento da realidade externa e à medida que vão sendo confrontados com a realidade psíquica do sujeito. Assim, a posição depressiva é a posição central do desenvolvimento da criança, pois a superação do caos interior e o firme estabelecimento de objetos internos bons permitem ao sujeito construir uma boa relação com as pessoas e com a realidade (KLEIN, 1940/1996).

É importante ressaltar que as flutuações entre as defesas esquizo-paranoides e as depressivas fazem parte do desenvolvimento normal e acontecem durante toda a vida. As angústias depressivas - a angústia de que os objetos amados e o próprio ego possam ser destruídos - levam o ego a criar algumas fantasias onipotentes e violentas para que possa controlar os objetos maus e resguardar os bons. Assim, é esperado que, no desenvolvimento normal, haja um equilíbrio entre o amor e o ódio, como também é esperada uma maior unificação e harmonia dos vários aspectos dos objetos.

Tendo transcorrido minimamente sobre as posições esquizo-paranoide e depressiva, voltemos à Betânia. Esta mulher, que havia acabado de dar à luz ao seu primeiro filho, esperava que o bebê pudesse fazer por ela, ou com ela, a reparação dos objetos amados internalizados, especialmente a reparação do objeto materno. De alguma forma, estamos aqui entrando no âmbito da posição depressiva, em que predomina o advento de uma relação com o objeto total, impera o desejo de integração e um impulso a fazer reparações. Por outro lado, o que predominava até o momento do primeiro atendimento de escuta psicanaliticamente orientada eram defesas de ordem arcaica, como a cisão, a identificação projetiva e a projeção, o que poderia ser facilmente pensado como uma fixação na posição esquizo-paranoide.

Foram algumas horas de intensa entrega. Betânia primeiramente narrava sua vida com grande violência de afetos. Aos poucos, foi se apropriando de seu discurso e começou a dar sentido às suas palavras. Falou sobre Pedro e do medo que estava sentindo por não poder estar com ele. Seu filho era esperança de um novo recomeço, de estar no mundo sob a ótica do *status* materno e, principalmente, de fazer reparações: “(...) o caráter indefeso da criança desperta fortes desejos de fazer reparação oriundos das mais diversas fontes que agora podem ser voltados a esse bebê tão desejado, realização dos anseios mais arcaicos da mãe” (KLEIN, 1937/1996, p. 359).

Podemos pensar que, em se tratando de primeiro filho, é esperado que o *status* e a identidade da mulher mudem consideravelmente. É a partir do nascimento que se inicia uma reavaliação radical da organização e prioridade da maioria das representações de *self* (STERN, 1997). Mas, para Betânia, não eram apenas essas organizações das representações do *self* que precisavam ser ajustadas à nova realidade da maternidade, era preciso uma ruptura total com a mulher “desequilibrada” de outrora.

Winnicott (1956/2000) alertava para a fase de “preocupação materna primária” que acomete a mulher desde o final da gestação até as primeiras semanas após o nascimento do bebê. Mesmo que seja esperado da mãe que ela fique em um estado dissociado, momentaneamente podendo apresentar aspectos da personalidade comparáveis a um estado esquizoide, o que Betânia expunha não era o esperado para aquele momento. Estávamos lidando aqui com defesas muito mais primitivas do que aquelas que Winnicott sugeria na preocupação materna primária; o que se apresentava era uma defesa maníaca. Defesa esta que se ergue com o intuito de negar o luto pelo objeto perdido.

Talvez nesse primeiro momento Betânia estivesse vivenciando um estágio regredido instaurado pela própria maternidade, no qual aspectos de uma agressividade oral e anal sádica ocuparam o cerne da situação, fazendo com que ela regredisse aos aspectos traumáticos da própria vida (KLEIN, 1940/1996).

Considerando seu estado de desamparo, é importante considerar que o principal recurso utilizado por Betânia para proteger o ego dos sentimentos de culpa e de perda era a defesa maníaca. A defesa maníaca faz parte do desenvolvimento normal e se baseia na negação onipotente da realidade psíquica, caracterizando-se pela tríade triunfo, controle onipotente e desprezo, nas relações de objeto (KLEIN, 1935/1996; SEGAL, 1975). Assim, o que entra no jogo da trama psíquica são as fantasias

onipotentes de dominar e controlar os objetos, para não sofrer por sua perda. Olhando por essa perspectiva, Betânia não havia rompido com a realidade, estava apenas tentando evitar o sentimento de perda. Perguntava-me: perda de que ou de quem? Do corpo gestante? Do lugar de filha? Do amor da mãe? Do pai para o seu filho? Na defesa maníaca, o luto não pode ser sentido; logo, o sentimento de perda não floresce. Assim, Betânia vociferava, esbravejava e permanecia com a sensação de triunfo, negando aquilo que estava mais premente naquele momento, o seu completo desamparo. Parecia-me que o bebê desamparado que outrora foi Betânia ainda vivia dentro dela.

Foi apenas reconhecendo seu desamparo e sua fragilidade que Betânia pôde começar a entrar em contato com todos os profissionais do hospital que cuidavam dela e de seu filho, com sua mãe e, acima de tudo, com Pedro. Os movimentos reparatórios, mesmo diante de um aparente quadro dissociativo, estavam preservados. O ato de poder fazer reparação sinalizava também que sua capacidade de estabelecer relações e de amar estava resguardada:

(...) pois só ao estudar o papel desempenhado pelos impulsos destrutivos na interação entre amor e ódio seria possível mostrar como os sentimentos de amor e as tendências de reparação se desenvolvem em ligação com os impulsos agressivos ou apesar deles (KLEIN, 1937/1996, p. 347).

A reparação é um mecanismo utilizado para restaurar dentro de si os objetos que outrora foram destruídos. No desenvolvimento infantil, por exemplo, à medida que a criança vivencia o crescimento de seus dons e habilidades, suas crenças na realidade psíquica de suas tendências construtivas tendem a aumentar, como também sua capacidade para controlar e dominar os impulsos hostis e os objetos maus internalizados. Com o ego fortalecido e dotado de maior confiança nas pessoas, é possível avançar em direção à unificação das imagos – internas e externas, amadas e

odiadas – e de uma diminuição do ódio por meio do amor, levando assim a um processo geral de integração. À medida que a criança se certifica de que sua capacidade de amar e de que seus poderes reparadores estão sendo usados de forma eficiente, existe uma tendência de diminuição da onipotência maníaca, juntamente com a natureza obsessiva dos impulsos voltados à reparação (KLEIN, 1940/1996).

Betânia pôde reduzir a agressividade quando conseguiu fazer renascer o amor pelos objetos bons e reais. Foram suas tendências à reparação dos objetos amados que permitiram que ela se entregasse à experiência da preocupação materna primária. Penso que essas tendências puderam ganhar corpo a partir da oferta de cuidado vivida na escuta psicanaliticamente orientada - uma escuta empática que pôde dar uma resposta sintônica a uma comunicação cifrada, mas carregada de símbolos afetivos prontos para serem decifrados.

Capítulo 3

OUTRA SITUAÇÃO DE ESCUTA PSICANALITICAMENTE ORIENTADA

Mas o que somos nós? Tudo de bom e de mau pelo que passamos desde os nossos primeiros dias de vida; tudo o que recebemos do mundo externo e tudo o que sentimos no nosso mundo interno: experiências felizes e tristes, as relações com as pessoas, atividades, interesses e pensamentos de todos os tipos – ou seja, tudo o que vivemos – faz parte de nós mesmos e ajuda a construir nossa personalidade.

(Melanie Klein, 1937/1996, pp. 379-80)

Somos hoje tudo aquilo que nos aconteceu de bom e de mau no decorrer de nossas vidas, desde os primeiros dias. Mas quando começa nossa vida? Essa talvez seja uma pergunta retórica, sem uma resposta objetiva.

Winnicott (1966/2006) também se fez essa mesma questão e levantou alguns aspectos importantes para tentar respondê-la. O autor fala que, inicialmente, existe a concepção mental do bebê; ou seja, antes de tudo, nascemos na mente de nossos pais. Mas há também o ato físico da concepção, uma vida que se inicia pelas evidências reais de reconhecimento da existência de um pequeno ser humano em formação dentro do ventre da mãe.

À psique do bebê somam-se a anatomia e a fisiologia, e os pais reconhecem esse pequeno ser como um indivíduo que veio ao mundo com potencialidades maturacionais. E a vida começa, ou continua, com o reconhecimento por parte da criança de um Eu diferenciado do não-Eu; ou seja, surge a capacidade de levar em conta, gradualmente, o fato de que existe um mundo exterior que poderia ser chamado de verdadeiro. Então,

entram em cena o brincar e a experiência cultural como partes constituintes da realidade psíquica pessoal, que propiciarão a oportunidade do acúmulo de experiências para o desenvolvimento de uma capacidade de acreditar, confiar e de se desenvolver como ser humano.

Assim, no psiquismo de nossos pais, fomos concebidos de forma consciente ou inconsciente. Depois, muito depois, é que começamos a existir na forma de um corpo e de um sujeito que vem a corresponder, ou não, àquelas expectativas primevas de outrora. Foi em busca de olhar para esses primeiros momentos da vida, de um casal com o seu bebê, que este capítulo foi pensado.

O objetivo é refletir sobre outras possibilidades da escuta psicanaliticamente orientada, através de uma perspectiva diferente das três exposições anteriores, transcorrendo sobre o início da vida materna e paterna em ambiente considerado “normal”³⁰. Embora nesse contexto não tenha havido uma busca de atendimento, considero que minha presença pôde gerar um sentimento de acolhida e compreensão das demandantes questões maternas.

Nas próximas páginas, apresento Clarice, seu esposo Fábio e o mais novo membro da família, Antônio Carlos. Clarice e Fábio, ambos com 34 anos de idade, se diferem dos demais casos apresentados, visto que o contato e a solicitação pelas visitas periódicas foram demandas minhas, como relatei na introdução. Foram nove encontros que aconteceram entre o nono mês de gestação e o quarto mês de vida de Antônio Carlos.

A observação da maternidade e da paternidade em estado nascente proporciona uma experiência na qual o observador aprende a perceber as peculiaridades e modificações desse estágio inicial. O observador psicanalítico permanece no campo da

³⁰ Por “normalidade” entendo uma gestação sem intercorrências médicas que colocassem em risco a mãe e/ou o bebê e sem interferências de outros profissionais da área da saúde mental: psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas.

experiência emocional do trio pai-mãe-bebê e, com isso, o processo de conhecimento se realiza mediante uma participação íntima que ocorre nessa relação (MÉLEGA; TUPINAMBÁ, 2008).

Como consideramos em toda esta pesquisa, é durante os conflitos básicos que se instalam nos primeiros meses de vida da criança que a mãe terá um papel fundamental na integração psíquica e no desenvolvimento intelectual e afetivo do filho (KLEIN, 1936/1996). Por outro lado, em se tratando de uma primeira gestação, estamos também olhando para a instauração da maternidade na vida da mulher. Os conflitos, as incertezas e os medos podem ser mais intensos no primeiro momento. Mas, se para o bebê é essencial que a continuidade de sua existência esteja garantida pela figura da mãe, esta também precisa estar amparada para que consiga se dedicar e dar continência ao seu filho. Foi a partir dessa prerrogativa que busquei ampliar meu campo de escuta para além das centenas de mulheres que acompanhei em momentos de crise durante a gestação e após o parto.

A expectativa da chegada de um bebê na família pode ser vivenciada por todos, principalmente pelos pais, como uma mudança muito importante na dinâmica relacional. A oportunidade de acompanhar o início da maternidade de Clarice serviu para ampliar meu olhar para além dos percalços, das adversidades e especificidades que se instalaram nas situações previamente narradas de mães com seus filhos em UTIN. Porém, além de simplesmente observar o nascimento da maternidade *in loco* – ou seja, de acompanhar os primeiros momentos da mãe e também do pai, com o seu primogênito, em ambiente natural – é de considerável relevância o fato de esta mãe poder contar com uma escuta psicanalítica direcionada para a questão da maternidade. Mesmo que não houvesse nenhuma demanda previamente instaurada, os atendimentos,

o amparo e a acolhida de uma profissional da área da saúde psíquica podem servir como aparato para lidar com conflitos futuros.

Podemos pensar, por exemplo, em um dos objetivos da observação de mães e bebês desenvolvidos por Esther Bick (MÉLEGA; RIBEIRO, 2008): o psicanalista, uma vez que permanece no campo emocional do vínculo mãe-bebê, tende a ampliar o olhar e a percepção das peculiaridades e modificações de uma relação em estado nascente, ao mesmo tempo em que pode estar e ser continente das emoções despertadas pela dupla, as quais, de alguma forma, remetem ao desamparo da criança e da mãe.

Como já destacamos anteriormente, todo nascimento é uma situação de desamparo (FREUD, 1926/2006). O bebê, com um psiquismo incipiente, ainda não consegue processar os afluxos de excitações produzidas em decorrência do parto e das sensações dos primeiros meses de vida: “a ansiedade é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico” (FREUD, 1926/2006, p. 136). A mãe, por outro lado, pela ocorrência do nascimento, que é a fonte e o protótipo da angústia, revive reminiscências do seu próprio desamparo original (op cit.). A primeira separação do bebê do corpo biológico da mãe é fonte de angústia, desamparo e desprazer. O ato do nascimento é para o bebê o representante de todas suas separações posteriores e, para a mãe, é a revivescência do seu próprio desamparo. Nesse sentido, o campo para a escuta psicanalítica também está pautado em uma escuta sensível ao desamparo.

Foi pensando em estar presente no campo emocional pai-mãe-bebê e assim poder oferecer uma escuta direcionada para as questões da maternidade que ocorreu o primeiro encontro com Clarice e Fábio, ainda na gestação, aproximadamente duas semanas antes do nascimento de Antônio Carlos. Juntos desde a época da faculdade, o desejo pela maternidade e paternidade esteve presente desde o início do relacionamento.

Contudo, foi apenas nos dois últimos anos que o casal começou de fato a se planejar para a chegada de um filho. A gestação de Clarice, que naquele momento estava no nono mês, começou a tecer suas tramas psíquicas na mente do casal muito anteriormente à concepção. O lugar deste filho já estava instaurado na dinâmica familiar antes mesmo da verbalização consciente do desejo de engravidar.

Durante os nove encontros que ocorreram entre o nono mês de gestação e o quarto mês de vida de Antônio Carlos, Clarice e Fábio foram aos poucos se apropriando dos lugares de pai e de mãe. Entretanto, o germe da parentalidade já há muito havia sido implantado na vida do casal. Vindos de modelos familiares distintos (os pais de Clarice divorciaram-se quando ela ainda era criança, ao passo que os pais de Fábio estavam juntos há quase quarenta anos), mas ambos com um alicerce familiar muito bem constituído, *ser e ter* sua própria família era para eles um processo natural na evolução da relação. Desde a amizade nos tempos do início da faculdade até o namoro, noivado, casamento e chegada do bebê, passaram-se um pouco mais de dez anos. Nesse tempo, a afinidade e o entrosamento do casal deram lugar a uma cumplicidade e companheirismo, o que era essencial para eles nesse momento de transformação em suas vidas.

Com o final da gravidez, muitas dúvidas foram aparecendo, e foi interessante notar como Fábio era quem apontava tais apreensões. Parecia ser importante para Clarice que Fábio traduzisse seus medos, amparasse suas inconstâncias e apoiasse as decisões/indecisões dela. Ele mais falante e ela mais contida. Facilmente, poderia criar-se um equívoco em achar que Fábio era o condutor da vida do casal. Não foi assim que os percebi. O que vi e senti foi um casal em sintonia, rumo a objetivos em comum e prestes a vivenciar o que para eles era um grande marco em suas vidas: a chegada de um filho. Já neste primeiro momento, era possível começar a perceber como Fábio oferecia

o suporte, o amparo e o sentimento de segurança para que Clarice começasse a exercer sua função de mãe. De fato, pai é aquele que, de início, “apoia a mãe física e psiquicamente para que ela possa sustentar o bebê. É, portanto, um elemento primordial” (WINNICOTT, 1960b; FONTES et al., 2014). Amparada por Fábio, Clarice conseguia vislumbrar a transmissão dos intensos cuidados de que, em breve, seu filho precisaria.

Grávida pela primeira vez e prestes a dar à luz, muitas eram as inquietações de Clarice, inclusive sobre sua própria capacidade de ser mãe. Para ela, convivendo em simbiose total com o seu bebê, ainda intra-útero, não era plausível conceber que ele fosse qualquer outra coisa senão uma parte dela própria. Conseguir imaginar o filho separado de seu próprio corpo, como uma vida independente da dela, ainda era uma tarefa árdua. Diante dessa ambivalência de desejar o nascimento do filho, mas, ao mesmo tempo, não conseguir imaginá-lo fora do útero, comentou: “eu sinto, eu sei que ele está aqui, ele está quase nascendo, mas ainda é difícil concretizar isso na cabeça, é uma criança que vai sair de dentro de mim, em breve”. Era difícil sonhar o bebê enquanto ele estava dentro da barriga. Esse estado de simbiose total, esperado para essa fase do desenvolvimento da relação mãe-bebê, parecia ser bem aceito por Fábio, que acolhia com tranquilidade as inseguranças e ansiedades da esposa, respeitando e ajustando-se ao papel de suporte e oferecendo sustentação (*holding*) para ela, mas ao mesmo tempo participando ativamente das pequenas conquistas de Antônio Carlos via Clarice.

Foi esperando pelo parto e gestando os papéis de mãe e de pai que o casal se preparou para o grande momento. Então, Antônio Carlos nasce...

“Um bebezão, lindo e tranquilo”, é assim que Antônio Carlos é descrito pelos pais. A casa, antes apenas ocupada pelo casal, agora é movimentada: primos, irmãos,

avós e amigos passam por lá todos os dias. Clarice, que antes do nascimento pretendia não ter ajuda de terceiros para cuidar do filho, agora divide o espaço com muitas pessoas, o que gera ambivalência, pois, por mais que ela tenha todos na mais alta estima, ela gostaria de estar sozinha com o filho e o marido. E talvez seja exatamente por esse motivo que o bebê esteja “entocado” – expressão usada por Fábio para explicar porque eles decidiram deixar o filho no quarto a maior parte do tempo, pelo menos nesses primeiros dias (dias estes de casa muito movimentada).

A preocupação de Fábio e Clarice com o bem-estar do filho era evidente. A temperatura e luminosidade do ambiente foram pensadas para que o bebê pudesse ficar o mais confortável possível, resguardado do barulho e da movimentação que aconteciam no resto da casa, tudo girando em torno de Antônio Carlos, tudo para ele e por ele. Sua pequena majestade, o bebê – a qual Freud se referia em seu texto de 1914 – reinava em absoluto. Inclusive o pai foi “destronado”, isto é, retirado de seu próprio quarto para que Antônio Carlos pudesse ficar ao lado da mãe. Os argumentos utilizados por ambos para explicarem esse reposicionamento de cada um na hora de dormir seguia uma lógica racional e coerente: Fábio precisava acordar cedo para trabalhar e, portanto, necessitava estar descansado. Tinha a impressão, contudo, de que Clarice ainda não estava preparada para uma separação tão visceral como esta: dormir longe do filho.

Esses primeiros dias após o nascimento eram momentos de ajustes e readaptação. Para o bebê, a adaptação ao mundo extrauterino precisa estar garantida pela continência que a mãe lhe oferece (WINNICOTT, 1956/2000; KLEIN, 1959/1991; BION 1966; FONTES et al., 2014). Para a mãe, oferecer essa continência presume desenvolver um estado mental de solicitude contínua e de poder estar disponível para conter as ansiedades primitivas projetadas por um bebê que ainda não dispõe de recursos mentais suficientes para organizá-las (KLEIN, 1940/1996; WINNICOTT,

1956/20000; BRACCO, 2008). E como todo novo processo, dificuldades podem (e devem) aparecer. Não foi diferente com essa nova família. As dificuldades para amamentar, perda de peso (esperada para o início da vida), choros, noites mal dormidas, trocas, banhos, entre outros, foram apontadas como desafiadoras.

Interessante perceber que, muito sutilmente, a cada uma das dificuldades apresentadas por Fábio, Clarice prontamente justificava ou explicava os motivos pelos quais esses contratempos ocorriam. Embora ambos estivessem em sintonia enquanto cônjuges e se esforçassem para entender e nomear os choros, gestos e sons de Antônio Carlos, parecia-me que existia um pequeno descompasso entre eles com relação ao que esperavam e projetavam um no outro enquanto pais e o que esperavam enquanto respostas de seu bebê. Explico: Fábio era mais exigente e acreditava que poderia e deveria dar toda condição de amplo desenvolvimento – físico, psíquico, afetivo e social – para seu filho, mesmo em uma idade tão precoce. Para tanto, idealizava, projetava e executava manobras para acalantar Antônio Carlos, satisfazer Clarice e minimizar suas próprias angústias. Clarice, por outro lado, investia libidinalmente em seu bebê, exigia menos dele, assim como também não esperava que ele, naquele momento, correspondesse às suas expectativas. O estado simbiótico que Clarice e Antônio Carlos experimentavam naquele momento fazia com que a mãe, ora consciente, ora inconscientemente, tendesse a suprir qualquer apelo do bebê. Como apontado por Klein (1959/1991, p. 282):

Nos estágios iniciais, amor e compreensão são expressos pela mãe através do seu modo de lidar com o bebê e levam a um sentimento inconsciente de unicidade que se baseia no fato de o inconsciente da mãe e o inconsciente da criança estarem em íntima relação um com o outro.

Como resultante do cuidado e compreensão de Clarice, o bebê conseguia estabelecer de forma empática e cheia de experiências positivas a primeira e principal relação da sua vida: a relação com a própria mãe. A relação da criança com a mãe, e depois com o pai e demais pessoas, é construída por meio do processo de internalização. O bebê incorpora os pais dentro de si e sente como se eles fossem pessoas vivas dentro de seu corpo, ou seja, eles são objetos internos. Por outro lado, as fantasias inconscientes também são vivenciadas de forma concreta; o bebê vai construindo, assim, um mundo interior em sua mente que corresponde às suas experiências reais e às impressões que recebe do mundo externo, mas que são alteradas por suas fantasias e impulsos. Quando esse mundo que o bebê internaliza está em harmonia, o resultado é traduzido em segurança e integração interna (KLEIN, 1940/1996). A relação do bebê com a mãe será protótipo para as demais relações estabelecidas posteriormente, sendo fonte para a inserção do indivíduo em um mundo de amor e de ódio.

Clarice tentava povoar as experiências de Antônio Carlos com aspectos positivos e gratificantes, isso sempre apoiada por Fábio. Ela personificava os desejos e descontentamentos de Antônio Carlos, emprestava a ele sentidos e sentimentos, dando nome àquilo que era desconhecido pelo bebê, emoldurando sua psique. E foi exatamente essa capacidade que a mãe tem de expressar o seu amor e sua compreensão pela criança que, como vimos, Bion (1966) veio a chamar de “*rêverie*”. Trata-se de “o estado da mente para receber quaisquer ‘objetos’ do objeto amado e é capaz, portanto, de receber as identificações projetivas da criança, quer ela as sinta boas ou más” (BION, 1966, p. 52). Clarice mantinha um estado de receptividade para acolher as projeções de Antônio Carlos e devolvê-las a ele desintoxicadas, sempre que necessário. Mas Fábio também tinha um papel essencial na dinâmica mãe-bebê – embora o pai expressasse não saber como agir em alguns momentos e Clarice afirmasse estar “100% disponível para

Antônio Carlos”, era a união do casal em prol do filho que permitia que a dinâmica triangular começasse a ser construída de maneira a apoiar e dar conforto aos três envolvidos nesta relação: bebê-mãe-pai.

Desde Klein (1933/1996; 1945/1996), sabemos que muito precocemente na vida do sujeito existe uma relação triangular de importância crucial para todo o desenvolvimento posterior. A relação que Fábio e Clarice começaram a tecer com Antônio Carlos desde o seu nascimento só foi possível porque eles próprios haviam conseguido organizar dentro de si um espaço psíquico para a entrada de outra pessoa – o filho – nesta relação.

Clarice pôde estar inteiramente disponível para o bebê exatamente porque Fábio a apoiava física e psiquicamente. Simultaneamente, Clarice possibilitava a entrada de Fábio, permitindo a construção do vínculo entre pai e filho. Fábio estabeleceu uma rotina possível com o bebê, esforçando-se para estar presente e participante do pleno processo de desenvolvimento de Antônio Carlos.

3.1 Uma sessão de observação e de escuta psicanaliticamente orientada

Antônio Carlos estava com quarenta dias de vida no dia em que ocorreu esta sessão. Fui recebida por Fábio que logo anunciou minha chegada ao bebê: “temos visita”. Antônio Carlos estava deitado no colo da mãe, recostado em posição vertical sobre o seu peito. O bebê estava muito irrequieto e choramingando. Clarice disse que ele precisava ser trocado, pois tinha acabado de mamar e provavelmente deveria estar sujo. Fábio tomou o menino nos braços e o levou até o quarto para trocá-lo, Clarice o seguiu e pediu para que o pai não o “sacudisse”, pois o bebê poderia vomitar. Senti que

Clarice também estava irrequieta e irritada. A impressão que tive era de que algo a incomodava.

Fábio começou o procedimento da troca: tirou a roupa, abriu a fralda, colocou o paninho em cima do pênis, molhou o algodão na água quente, limpou o bebê. O pai parecia calmo, fazia todo o processo de troca com tranquilidade, mas o filho não parava de chorar, chegou a ficar vermelho. A mãe saiu do quarto, para retornar em seguida. Fábio perguntou para o bebê o que estava acontecendo com ele: “O que foi, filhão? Não vai parar de chorar?”. Clarice, que estava por perto, respondeu por Antônio Carlos: “vou parar sim”. Ela então colocou a chupeta na boca do menino, mas sem sucesso. Clarice sentia a necessidade de responder pelo bebê, mesmo sendo este um momento de trocas entre pai e filho. Talvez ela tenha se incomodado pelo fato de, momentaneamente, deixar de ocupar o lugar de protagonista na relação com o bebê.

Clarice tentou demonstrar calma e tranquilidade, mas seus comentários eram ríspidos, o que não era usual – alguma coisa também a incomodava. Ela quase não conseguia mais suportar o choro incessante. Talvez um pouco identificada com Clarice, eu também fiquei incomodada com a tranquilidade do pai diante do choro efusivo do filho. Fábio permanecia calmo, dizendo que Antônio Carlos estava querendo brincar com ele, que o choro era uma resposta à perda de tempo trocando a fralda. Existia uma tentativa de dar sentido ao choro do bebê, mas Clarice não estava satisfeita com essas possíveis interpretações; porém suas interferências foram sutis, permitindo que o marido vivenciasse esse momento da troca com o menino, conforme acordo entre eles (Fábio cuidaria do filho após a chegada do trabalho até a hora de dormir). Mesmo esse tendo sido um acordo entre o casal, quando ela ficava de fora da relação tendia a se mostrar reativa. Fábio pegou o bebê no colo e começou a cantarolar a música dos Beatles *Hey*,

Jude. Finalmente, o choro cessou, mas Clarice ainda parecia estar irritada com algo. Pediu então para Fábio não balançar o bebê, pois ele poderia regurgitar.

Todos voltamos para a área onde ficava a sala de TV. Fábio acomodou o bebê no colo, novamente na posição vertical. Comentei que esta parecia ser uma posição de que Antônio Carlos gostava. Fábio disse que, na verdade, todos gostavam dessa posição (referindo-se a ele, a esposa e ao bebê). O pai tentou explicar os motivos pelos quais o bebê estava tão choroso, acreditava que ele pudesse estar sentindo algum tipo de dor, que talvez ele tenha começado a sentir as cólicas que todos comentavam: “às vezes ele fica muito nervoso, não feliz com nada”. Tive a impressão de que esse comentário caberia também para Clarice. O exercício da função materna, que ela abraçou com todo carinho e ternura, mostrava-se também cansativo e demandante, o que poderia estar causando certa irritabilidade, cansaço e impaciência.

Enquanto Clarice se ocupava de algum afazer da casa, Fábio ficou todo o tempo conversando comigo sobre Antônio Carlos. Falou sobre seu desenvolvimento, sobre a nova rotina com o bebê em casa, sobre como foi cuidar e dar a mamadeira quando a esposa precisou se ausentar por duas vezes (em duas ocasiões de falecimento na família, da avó materna e de uma tia paterna). Quando Clarice voltou a estar presente, o esposo comentou o fato de Antônio Carlos não ter ficado satisfeito com a quantidade de leite deixada por Clarice, pois ele começou a chorar pouco tempo depois de ter mamado. A mãe se colocou de forma divertida nesse contexto, mas não deixou de frisar o quanto era necessária ao filho. Articulou que não tinha como saber a quantidade exata de leite que o menino precisaria, que isso era algo imensurável; dessa forma, o único meio de suprir a necessidade do bebê seria ela estando com ele todo o tempo. Winnicott traz uma perspectiva interessante sobre essa questão:

Os bebês se alimentam, e isto pode significar muito para a mãe, e a ingestão de comida concede ao bebê gratificação em termos de

satisfações pulsionais. Uma outra coisa, contudo, é a comunicação entre o bebê e a mãe, algo que é uma questão de experiência e que depende da mutualidade que resulta das identificações cruzadas (WINNICOTT, 1969a/1994, p. 198).

A questão da alimentação pareceu despertar o interesse de Clarice que comentou que estava preocupada com a possibilidade de o filho sentir cólica, por isso ela própria estava controlando o que ingeria. Contou sobre os planos para os próximos meses na introdução de novos alimentos, já que iria voltar ao trabalho quando o filho estivesse com seis meses de idade. A alimentação de Antônio Carlos era uma questão que Clarice levava em mais alta consideração - ela me contou de suas preocupações, seus planos e possibilidades para proporcionar o melhor ao seu bebê nessa área. Proporcionar a satisfação pulsional de Antônio Carlos por meio da alimentação era o objetivo de Clarice, mas o que movia seus intentos era a possibilidade dessas identificações cruzadas às quais se referia Winnicott.

Em outro momento da sessão, as viagens que Fábio fazia a trabalho foram também comentadas. Fábio contou que, ao final da gestação e nas primeiras duas ou três semanas de vida de Antônio Carlos, ele evitou viajar, o que desencadeou o acúmulo de trabalho e a necessidade de se ausentar com mais frequência naquele momento.

A esse respeito, esclareceu Clarice: “o Fábio sempre viajou, essa atividade faz parte da rotina de trabalho dele. Eu nunca gostei de ficar sozinha em casa, principalmente à noite, chegando do trabalho. Mas agora que o Antônio Carlos está aqui, a ausência do Fábio fica menos sofrida. A gente se fala por *face time*³¹, estamos em contato o tempo todo, continua muito complicado ficar longe, mas agora está menos dolorido, pois tenho um pedacinho dele que fica aqui comigo (referindo-se ao filho)”.

³¹ Dispositivo que faz chamadas de vídeo por meio do telefone *IPhone*.

A dupla mãe-bebê ficava de fato consolidada nesses momentos em que a presença real do pai estava impossibilitada. Talvez a ausência do esposo fosse sentida por Clarice com certo pesar, mas também como uma possibilidade de estar totalmente devotada ao bebê, sem interferências. Fábio, sempre muito presente e dedicado ao filho e a esposa, poderia causar em Clarice, de forma velada, um sentimento de rivalidade, como se Clarice precisasse se esforçar para ser uma mãe tão boa quanto Fábio era um bom pai.

Ainda assim, a cumplicidade entre o casal era algo bastante explícito. A troca de olhares, os elogios mútuos e a fala carinhosa que um dirigia ao outro eram constantes e presentes em todos os encontros. Parece que Antônio Carlos passou também a fazer parte dessas interlocuções que, anteriormente, aconteciam apenas com o casal. Vejamos o que falou Fábio sobre um dos progressos do filho: “é perceptível o desenvolvimento do Antônio Carlos. A gente vê que ele está crescendo, perdendo as roupinhas, mas não é só o desenvolvimento físico, ele está mais esperto. Há poucos dias ele ficava olhando muito para o teto, agora ele já direciona o olhar quando a gente o chama, fica olhando nos olhos”. Esse olhar entre os pais e bebê são trocas afetivas que acontecem dentro da relação. É a possibilidade de ser olhado de volta que assegura Antônio Carlos de sua continuidade (WINNICOTT, 1983; FONTES et al., 2014).

Ambos os pais falaram dos avanços do filho com orgulho e satisfação, tal como falavam um do outro. O bebê entrou na cadeia de reciprocidade que já existia entre o casal. Por exemplo, Fábio sentia que Antônio Carlos o reconhecia por meio da voz e das músicas que tocava e cantava para ele. Já Clarice compreendia que seu filho estaria mais bem nutrido – orgânica e emocionalmente – quando era ela própria que lhe oferecesse o alimento ou o acalento. Ao tempo que o percebiam como um sujeito único, começaram também a sentir que Antônio Carlos os apreendia de modo individual, como

pai e como mãe. Essa comunicação silenciosa e pré-verbal é o que Winnicott (1969a/1994) veio a chamar de “mutualidade”.

É desta forma que testemunhamos concretamente a mutualidade que é o princípio da comunicação entre duas pessoas; isto é (no caso do bebê) uma conquista do desenvolvimento que depende de processos herdados por ele e que conduzem ao crescimento emocional, dependendo, da mesma forma, da mãe, de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê já está prestes a alcançar, descobrir, criar (WINNICOTT, 1969a/1994, p. 200).

Em suas comunicações silenciosas, o bebê e os pais vão traçando caminhos de confiabilidade que conduzem a um desenvolvimento integrado. Mas nem tudo era concordância. Embora Fábio e Clarice compartilhassem os cuidados com o filho e celebrassem suas conquistas, existiam momentos em que eles discordavam sobre alguns pontos. Para Fábio, as saídas de casa poderiam ser mais constantes. Para Clarice, existia o “inconveniente” da amamentação, pois amamentar em público era algo que lhe constrangia e inibia; segundo suas palavras, era como se estivesse “exposta” e, por isso, preferia ficar em casa, fazendo passeios curtos, como indo até a padaria ou dando uma volta de carrinho nas redondezas. Sair para lugares mais distantes requeria o envolvimento de uma logística muito intensa: uma organização dos “apetrechos” necessários, além da escolha do momento exato entre uma mamada e a próxima. Para evitar esses atropelos, preferiam então receber os familiares e os amigos em casa, pois este era, segundo eles, o ambiente mais seguro para o filho.

Talvez essa sensação de segurança pudesse ser estendida a eles próprios, mas ao mesmo tempo instalava-se uma delimitação da liberdade de ir e vir, o que poderia originar sentimentos ambivalentes, carregados de amor e ódio. Certo grau de hostilidade é esperado em todas as relações, não poderia ser diferente na relação pais-filhos, pois um grande investimento narcísico, afetivo e emocional é despendido para este outro.

O detalhamento da rotina, os avanços e as dificuldades do filho eram relatados por Fábio com precisão e paciência. Já Clarice, nesta sessão, compartilhou mais de suas inseguranças e insatisfações. Ela sentia-se insegura com a sua capacidade de prover uma alimentação adequada para o filho, de proporcionar um ambiente protegido ao seu desenvolvimento e de poder estar bem para cuidar do bebê. A esse respeito, Mélega e Tupinambá (2008, p. 57) alertam:

A mãe tem a função de estar disponível para conter as ansiedades primitivas projetadas por um bebê que ainda não dispõe de recursos mentais suficientes para organizá-las. Neste modelo conteúdo-contenente, há momentos em que a mãe necessita de um suporte emocional para fazer frente às pressões às quais está submetida pelas projeções intensas dessas ansiedades. O esperado é que o pai exerça essa função; entretanto, há momentos em que outras pessoas poderão funcionar deste modo.

Meu papel não era o de exclusivamente funcionar como um continente das ansiedades que estavam sendo experienciadas. Entretanto, talvez a possibilidade de ter alguém que pudesse acolher a angústia, ao mesmo tempo em que testemunhasse o nascimento do projeto narcísico deste casal, tenha proporcionado a Fábio e Clarice a oportunidade de expor suas inseguranças e, acima de tudo, buscar soluções para as angústias despertadas em suas novas funções parentais.

3.2 A hora do banho

Foi em um dia de sol e calor que acompanhei o banho de Antônio Carlos. Com a ajuda de Clarice, Fábio começou a prepará-lo; parecia que a mãe ficava mais como “instrumentador” nesta cena: arrumou a banheira com a água, verificou a temperatura, preparou a toalha e a roupa para o momento de saída e deixou acessível o algodão, o

shampoo e o sabonete. Enquanto isso, Fábio foi despindo o bebê, sempre conversando com ele e explicando o que estava acontecendo. Em alguns momentos, emprestava o discurso ao filho: “essa é a hora que eu mais gosto, adoro ficar no banho, vou ficar limpinho e fresquinho, que delícia é o meu banho”. O pai emprestava sentido e palavras aos balbucios do filho, externalizando suas próprias percepções, mas ao mesmo tempo garantindo ao bebê um mundo de objetos simbólicos.

No banho, a primeira reação de Antônio Carlos foi a de um estranhamento e ele, inicialmente, começou a ficar incomodado e a resmungar. As roupas, que davam certa sensação de proteção e que contornavam as bordas de seu corpo, foram tiradas e o bebê ficou despido, então começou a chorar. Quando colocado na água, levou um susto. Podemos lançar a hipótese de que, por um momento, Antônio Carlos poderia estar experimentando uma sensação de liquefazer-se – de se tornar líquido e sem bordas para contê-lo – caindo para sempre (WINNICOTT, 1963c/1983; FONTES et al., 2014).

Esse tipo de “angústia inimaginável” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 56) que o bebê sente nos primeiros meses de vida é algo parecido com uma sensação de “cair para sempre”, de “desintegração” e de “não ter conexão alguma com o corpo” (op. cit., p. 57). Essa angústia inimaginável apenas pode ser evitada ou amenizada pela função vital que os pais desempenham nesse período precoce, cuidando do corpo do bebê e imprimindo marcas psíquicas de amor e segurança. Foi exatamente isso que Fábio ofereceu. Sem demora, o pai lhe disse palavras tranquilizadoras, apoiou o filho com segurança e apresentou um dedo para ele segurar. Aos poucos, Antônio Carlos foi relaxando e aproveitando o momento de forma radiante. Ele sorria, movimentava-se, balbuciava e interagia com o pai.

Fábio comentou os truques que eles utilizavam com o filho para fazer coisas que normalmente o bebê não gostaria, como por exemplo, limpar o nariz: “a hora do banho

é o momento em que ele aceita tudo, pode dar remédio, limpar o nariz, o ouvido, que ele não reclama de nada”. De fato, Clarice aproveitou esta hora para limpar o nariz e o ouvido do filho, bem como dar o remédio. Ao fazê-lo, ambos brincaram com o fato de Clarice ter colocado as gotinhas para fora da boca do filho: “mamãe desastrada essa que você tem, filhote”. Fábio completou, dando voz ao bebê: “é que eu não paro de me mexer, mamãe não tem como você acertar o buraco da boca!”.

Nos momentos finais do banho, Fábio virou o bebê de bruços para poder lavar suas costas. Com a cabeça apoiada nos braços do pai, Antônio Carlos lançou-me um olhar que Fábio entendeu como inquisidor. Por isso, explicou ao filho: “esta é a Alcimeri, ela já te conhece faz tempo, desde antes de você nascer. Nós contamos para ela como estávamos felizes e ansiosos com a sua chegada, isso quando você ainda estava na barriga da mamãe”. É o pai apresentando o mundo ao seu filho. Um mundo no qual eu era testemunha dos lugares de pai e mãe que eles assumiam.

Quando o banho terminou, Clarice novamente entrou em cena e ajudou o esposo a tirar o bebê da banheira e embrulhá-lo na toalha. Neste momento, Fábio lançou o seguinte comentário, como para que eu me prevenisse: “agora é a hora da crise, prepare-se para o chororô”. Contudo, o bebê apenas choramingou por uns poucos segundos, para em seguida continuar a olhar para os pais e balbuciar. Todo o processo do banho foi aceito de forma aparentemente muito gratificante para Antônio Carlos. Enquanto Fábio secava a parte inferior do filho, Clarice assumiu a parte superior. Depois de seco, a mãe entregou-lhe a fralda e as roupinhas para que fossem colocadas em Antônio Carlos. Fábio surpreendeu-se com o comportamento do filho, dizendo que geralmente o bebê reclamava bastante quando saía da água.

Como disse anteriormente, a sensação de desproteção, de estar despido e de ser colocado em um ambiente líquido, talvez tenha sido inicialmente sentida por Antônio

Carlos como angustiante e até mesmo desintegradora. Entretanto, me parece que a água morna e acolhedora, conjuntamente com a voz tranquilizadora de Fábio, somados ao apoio fornecido pelas mãos que o seguravam garantiram ao bebê a sustentação do seu ser. Garantiu continência ao filho, mas também à Clarice, que, apoiada pelo marido e resguardada em sua função materna, pôde vislumbrar apoio e cuidado para si e para Antônio Carlos. Pai e mãe trabalhando juntos em prol do desenvolvimento integrativo do filho.

3.3 O bebê cresce e os pais também

Quatro meses era a idade de Antônio Carlos. Seria possível também contar quanto tempo de maternidade tem Clarice? E Fábio, quanto tempo de paternidade tem ele? Clarice afirmava que começou a ser mãe quando soube que estava grávida. Tendo a pensar que Clarice começou a ser mãe quando ela própria, ainda bebê, foi cuidada, amada e maternada. Foram suas próprias reminiscências de amor e afeto que puderam fazer com que ela se apropriasse da maternidade. Foi também o suporte do esposo que permitiu que ela fosse uma mãe que, embora com dúvidas e até mesmo falhando em alguns momentos, conseguisse estar disponível e identificada com o seu bebê. Clarice reconhecia suas limitações, procurando fazer o melhor para o filho. Entendia que precisava também cuidar de si própria, para que assim pudesse cuidar de Antônio Carlos.

O momento de voltar ao trabalho aproximava-se e com ele um misto de preocupação e satisfação. A preocupação girava em torno do bem-estar de Antônio Carlos, de como ele iria ser cuidado por outra pessoa (o casal contratou uma babá logo após o nascimento do filho). A satisfação personificava-se na profissional que Clarice

era e que logo voltaria à ativa. Para ela, voltar ao trabalho seria recuperar parte de sua própria identidade enquanto mulher, um pouco esquecida enquanto dedicava-se exclusivamente a Antônio Carlos. Paradoxalmente, a maternidade a completava neste mesmo papel, o de ser mulher. Conciliar tais funções, a de mãe e a de profissional, foi para Clarice um desafio. Foi nesse momento de ambivalência que a escuta psicanaliticamente orientada para a questão da maternidade se fez mais presente.

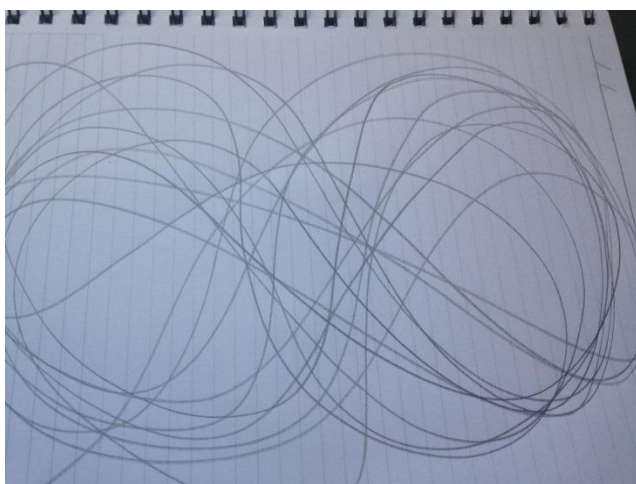
Clarice estava contando sobre como é a maternidade: “é difícil... mas eu tenho a impressão de que vai dar tudo certo. A gente vai batendo a cabeça, se conhecendo, mas no final, mesmo que todo o processo seja cansativo, vai dar tudo certo. Cansativo, mas extremamente gratificante. Tem aqueles dias que você quer chorar de cansaço, mas essa risadinha, né, amor? (dirigindo-se ao filho), já compensa tudo”. Enfatizou, em vários momentos, como a amamentação podia ser desgastante, principalmente as noturnas e, por isso, estava tranquila, mas um pouco resignada, quando explicou que o filho deixou de mamar no seio: “ele simplesmente não quis mais o peito”. Escutei suas queixas e conquistas tentando construir, conjuntamente com ela, o seu próprio lugar nas escolhas do filho. Antônio Carlos, segundo a mãe, renunciou ao seio. Quanto do próprio desejo da mãe estaria imbuído nessa escolha? Para ela, continuar amamentando também estava difícil, foi então que compreendeu que não estava sendo “rejeitada”, apenas estava sendo compreendida pelo seu filho.

Por outro lado, nesse momento entre o quarto e o quinto mês, é provável que Antônio Carlos já conseguisse estabelecer uma relação mais integrada com Clarice, e os medos persecutórios – embora ainda muito presentes – poderiam ser minimamente aplacados pela relação de confiança que estabelecia com a mãe (KLEIN, 1936/1996).

Clarice estava com Antônio Carlos no colo, o menino prestava atenção às palavras da mãe, mas também estava interessado nas anotações que eu fazia no

caderno³². Percebendo seu interesse, aproximei-me mais dele e comecei a rabiscar com o lápis na folha em branco (Figura II). Antônio ficou entorpecido com os movimentos circulares do lápis no papel e com o barulho suave que surgia. Quando parava com o movimento, ele protestava, balbuciando, então iniciava novamente o rabisco. Cinco ou seis folhas de papel foram totalmente desenhadas. Clarice ficou surpresa com a reação do filho e se emocionou ao dizer como ela ficava feliz com essas pequenas descobertas de Antônio. Também me surpreendi ao perceber que os movimentos circulares no papel faziam parte de todo o contexto dessa sessão, que tinha como tema principal as questões relacionadas à amamentação e ao desmame.

FIGURA II. Foto do desenho com formas circulares



Os desenhos que foram se delineando eram na verdade formas circulares que poderiam muito bem representar o seio, o bico da mamadeira e o orifício da boca. Para Klein (1937/1996, p. 374):

Na mente do bebê, uma parte do corpo pode representar outra, e um objeto, partes do corpo ou pessoas. Desse modo simbólico, qualquer objeto arredondado pode representar o seio da mãe na mente inconsciente da criança. Através de um processo gradual, tudo aquilo que parece emanar bondade e beleza, e que provoca prazer e

³² Nesta situação de escuta na qual o casal participou espontaneamente da pesquisa, me permiti fazer algumas anotações no percurso das sessões. Essa prática, entretanto, não foi utilizada nos demais casos apresentados.

satisfação num sentido físico ou mais amplo, pode tomar o lugar desse seio generoso ou da mãe total na mente inconsciente.

Antônio parecia mesmo encantado com o barulho suave do grafite no papel, com a maneira como eu desenhava e com a representação redonda que aparecia estampada em frente aos seus olhos – talvez fosse mesmo um sinônimo de prazer e amor. Aos quatros meses de idade, é possível que já começasse a reconhecer que Clarice era uma mãe total, e que o seio, representado pela figura que tomava forma em minhas mãos, fosse sentido como gratificante. Podemos inferir que esse tipo de experiência fornece ao bebê “a sensação de que algo pode existir *em torno dele, em volta dele*, ou seja, ele vai sentir-se contornado por um círculo maternal” (FONTES et al., 2014, grifos do autor).

Complementando a colocação de Klein e, ao mesmo tempo, fornecendo outra possibilidade de representação simbólica sobre as formas arredondadas, Fontes et al. (2014) apontam que as formas circulares são um verdadeiro fascínio para os bebês, pois os círculos fornecem a sensação de que algo existe em torno deles. As primeiras experiências de gratificação possuem formas arredondadas: o bico do seio ou da mamadeira, o rosto oval da mãe, a mão em forma de concha, sua própria boca. O bebê, a partir da representação da circularidade, sente que pode existir e ser contornado por um círculo de cuidados e de afetos; assim, sente que existe um continente que assegura a sua existência e que é capaz de conter todas as suas projeções, sejam elas boas ou más.

Era Clarice quem oferecia a Antônio Carlos esse continente capaz de abarcar os conteúdos projetados. Como continente, me parecia uma mãe que tinha “a capacidade em “conter” as angústias e necessidades de seu filho” (ZIMERMAN, 2008, p. 82). Bion (1966) alerta que o modelo continente-conteúdo são representações abstratas, por isso designa como símbolo do continente o sinal ♀, e o sinal ♂ para o conteúdo. O autor assinala:

(...) ♂ e ♀ são, reciprocamente, dependentes, para benefício mútuo e sem detrimento de nenhum. Em termos de modelo, a mãe se beneficia, com a experiência, e completa seu crescimento mental. A criança, igualmente, consegue beneficiar-se e prosseguir no crescimento (BION, 1966, pp. 108-9).

Antônio Carlos se beneficiava física e psiquicamente dos cuidados da mãe. Clarice estava amadurecendo e aprendendo que a maternidade também era poder deixar o filho fazer suas próprias escolhas, mesmo que, nesse momento ainda tão inicial da vida, essas escolhas fossem aparentemente pequenas, como dirigir o olhar para algo que lhe trazia surpresa e satisfação. O reconhecimento das pequenas descobertas do filho pela mãe proporcionava ao bebê a possibilidade de continuar desbravando o mundo ao seu entorno de maneira segura e com a garantia de que estava sendo olhado, reconhecido e amado. Isto o ajudaria no processo de integração de suas partes, permitindo que começasse a entender que ele é um só e separado de sua mãe, um sujeito em busca de um *vir-a-ser* (WINNICOTT, 1963d/1983). Clarice abria possibilidades para o filho existir: *vir-a-ser* um sujeito enredado nos símbolos sociais, mas, ao mesmo tempo, um indivíduo único, particular e com as marcas de um início de vida que trilhavam viabilidades para sua integração:

Todos os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o *vir-a-ser* de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha da adaptação causa uma reação no lactante, e essa reação quebra esse *vir-a-ser*. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. Com uma relativa ausência de reações e irritações, as funções corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal. Deste modo se lançam as bases para a saúde mental futura (WINNICOTT, 1963d/1983, p. 82).

São as experiências gratificantes conjuntamente com as pequenas falhas do ambiente que permitem o desenvolvimento psíquico do bebê. Gradativamente, a mãe – e também o pai que atua como mãe substituta³³ – vão sendo menos necessários, ainda que extremamente importantes durante toda a vida do indivíduo. Era exatamente esse processo de início de uma pequena independência – ou rumo à independência – que Clarice começava a viver com o bebê. Clarice, que passou os últimos quatro meses absorva com a maternidade, direcionava seu olhar para outras situações, para além dos cuidados com o filho. Antônio Carlos continuava a ser o centro de suas preocupações, mas outras possibilidades de relacionar-se com o mundo estavam surgindo pelo filho e para além dele.

Com o filho, Clarice tinha planos que envolviam os cuidados com a educação e bem-estar. Para além do filho, estava Fábio, que, antes de ser pai de Antônio Carlos, era seu esposo e companheiro de muitos anos. Foi Fábio quem colocou em palavras os sentimentos com a chegada do bebê e, ao mesmo tempo, convocou Clarice a retomar o seu papel de esposa, resgatando-a da loucura sã da preocupação materna primária: “acho que tem uma interferência... Interferência não, uma mudança nessa relação. Acaba que o Antônio vira muito o centro das atenções, então as coisas ficam muito voltadas para ele. Existe uma certa mudança de foco. A relação enquanto casal e enquanto família continua excelente, mas ela acaba adquirindo um curso diferente. Antes o que era unilateral, agora divide muito e divide muito desproporcionalmente. Tem um foco de atenção bem maior para ele e, às vezes a gente se pega se relacionando só por ele, o que às vezes é um problema. Isso é algo que a gente precisa olhar com atenção, porque se a gente se deixa levar por isso é um problema. Mas, no geral, dadas as circunstâncias, está tudo bem. Agora ele está acordado a maior parte do tempo e

³³ O conceito de mãe substituta foi trabalhado no capítulo 2.

quando ele está acordado ele requer atenção, então é muito difícil ele ser coadjuvante no ambiente, acabamos dando o foco principal para ele”.

Antônio Carlos, pelo menos por hora, era o centro das atenções na vida do casal. O bebê fazia parte de uma dinâmica familiar que entendia que suas necessidades demandavam uma atenção de cuidado, proteção e continência, permitindo que ele crescesse amparado em alicerces sólidos de amor, afeto e compreensão. O estabelecimento de laços entre os pais e o bebê favorece não apenas o seu desenvolvimento afetivo e cognitivo, mas também propicia aos pais o sentimento de serem pais suficientemente bons para aquele bebê em específico.

Testemunhei o desenvolvimento não apenas desse bebê, mas principalmente pude acompanhar as crescentes descobertas de Clarice como mãe. Uma mãe que já havia sido concebida há muito tempo e que tomou formas mais consistentes com a chegada do filho. Observei também o quão essencial e fundamental, para o desenvolvimento e saúde psíquica da família, que o esposo - e pai - pudesse amparar e dar continência à dupla mãe-bebê. E, assim, fui observadora dos primeiros momentos da constituição dessa família. A minha escuta psicanalítica estava, durante todo o tempo, disponível para os pais. Entretanto, as circunstâncias que se apresentaram durante o processo demonstraram que o trio constituído pelo pai-mãe-bebê estava suficientemente sintonizado e descobrindo suas próprias formas de serem pai, mãe, filho... família, enfim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até que o ruído familiar entra pela porta e o menino, mudo de interesse pelo que o poder de um menino provoca, para de chorar: mãe. Mãe é: não morrer.

(Clarice Lispector, 1969/1999)

A mãe é aquela que dá sustentação, amparo, acolhimento e contorno ao psiquismo incipiente do bebê. “Mãe é: não morrer”. Essa frase poética de Clarice Lispector sintetiza o fato de que a mãe precisa estar presente para que o bebê possa ter a segurança de continuar existindo.

O ambiente que o bebê habita é, essencialmente, representado pelos cuidados maternos. Talvez essa conclusão soe como um pleonasmo retórico; isso porque, com os repetidos estudos e publicações, a ciência vem enunciando, de forma persuasiva, o papel fundamental da mãe na vida do lactante. A presente pesquisa endossa tal conclusão, ao mesmo tempo em que reforça a perspectiva de que é necessária certa condição psíquica para que a mãe possa amparar seu bebê e a ele ser continente.

A mãe (ou seu substituto) e tudo o que ela representa é, para o bebê, a via de acesso ao *vir a ser*: vir a ser sujeito. Todavia, nem sempre a mulher consegue, de imediato, identificar-se com o seu bebê, engendrar-se em um processo de *rêverie* e de fazer-se disponível para as demandas de amor e de cuidado de que um bebê necessita. Muitas vezes, situações inesperadas ocorrem durante a gestação, no parto ou no período de puerpério. Em outros casos, não há nada aparente que justifique o estado de distanciamento da mãe para com seu bebê, o que pode fazer a mulher entrar em um processo de desvalor em relação a si mesma, de achar-se inadequada e não suficientemente boa para o seu filho, causando irrupções de ordem psíquica que podem

afetar toda a maternagem. Foi pensando nessas situações que me propus a analisar, respaldada em uma escuta psicanaliticamente orientada, os quatro casos aqui apresentados.

Patrícia, Rosália e Betânia passaram por situações de extrema fragilidade, por momentos disruptivos que, de alguma forma, ameaçaram a experiência de ligação e de continência com os seus bebês. O que imperava nesses casos era o caos, com vias a uma desorganização emocional que ameaçava a própria possibilidade de ser mãe. Clarice, diferentemente das três mães anteriores, teve uma gestação e parto tranquilos, mas ainda assim muitas dúvidas foram surgindo ao longo do desenvolvimento do bebê. O que uniu essas quatro mulheres foi o *ser mãe de primogênito*, situação esta que permitiu evidenciar fatores relevantes para a criação da própria identidade materna, tais como:

1. Para cuidar, a mulher precisa ser cuidada (pelo esposo, pela família, pelo hospital, por amigos);
2. É necessária uma abertura, por parte da mãe, para a entrada de um terceiro. Mãe e bebê precisam estar inseridos dentro de uma rede de relações. É a partir desta que a criança vai criar laços de filiação, e a mãe, amparada por esses mesmos laços, poderá se dedicar ao seu bebê e para o mundo além dele;
3. Dúvidas, angústias, medos e apreensões foram evidentes nos quatro casos. Entretanto, de acordo com a história individual de cada uma delas, esses afetos eram mais evidentes em uma do que em outra. Rosália e Clarice tinham em comum o apoio incondicional de seus maridos, o que trazia tranquilidade para administrar os momentos de maior tensão. A angústia de Patrícia e Betânia, cada uma a sua maneira, beirava o desespero de um grito silencioso em meio à solidão que a impotência proporcionava;
4. Não basta *querer* ser mãe, é preciso estar em condição de sê-lo. O desejo pela maternidade pode até estar presente, mas muitos são os fatores, de ordem externa e

interna, que podem imperar na inviabilização desse desejo. Patrícia precisava ajustar o bebê real ao bebê imaginado - ela só conseguiu ser mãe após um trabalho de identificação com o seu bebê. Rosália havia sido “mãe” de seus próprios irmãos, pois se dedicou a eles de maneira maternal desde sua adolescência. Imaginava que sua função materna já havia sido completamente exercida. Ela precisou recuperar, dentro de si, a figura de mãe que acreditava já estar inativa. Já Betânia estava convicta de que seria a maternidade que a libertaria do estigma da loucura. O desejo por ser mãe era ardente e, para concretizá-lo, colocou à prova sua própria sanidade. De fato, a maternidade se instaurou quando houve a compreensão de que ela apenas poderia cuidar de seu filho se se permitisse ser cuidada. Clarice, diferentemente, já era mãe antes mesmo de concretizar o desejo consciente pela maternidade;

5. “Será que vou dar conta?”: essa dúvida foi expressa pelas quatro mães. Lanço então a hipótese de que a constituição da maternidade passa também pela incerteza da própria capacidade de cuidar de um bebê. Se existe a dúvida, existe também espaço para buscar meios de aprendizagem e, saudavelmente, abertura para ser apenas uma mãe suficientemente boa, uma mãe que erra e que proporciona ao filho a oportunidade de crescimento nesses erros.

Mas quando, de alguma forma, qualquer uma dessas vias de possibilidade da constituição da identidade materna está ameaçada, é que a escuta psicanaliticamente orientada pode estar presente. Trata-se de uma maneira de o psicanalista, por meio de uma escuta empática, colocar-se atuante na situação emergencial da gestação, do parto, durante o período neonatal e no puerpério, objetivando amparar, auxiliar, acolher e orientar a mulher que se torna mãe. Esse tipo de escuta é caracterizado por um vínculo breve com o psicanalista, evidenciando a prerrogativa do estabelecimento de uma relação de confiança, com foco e objetivo muito bem delineados: permitir a instauração

da experiência da maternidade. É esperado que esse cuidado mais pontual possa ser internalizado e que, em momentos subsequentes, as ressonâncias desse cuidado possam ser recuperadas dentro de cada mulher.

Diante das adversidades que podem surgir na instauração da experiência de maternidade, muitas vezes caberá também ao psicanalista estar como suplente na situação emergente, ou seja, “escolhido para eventual falta do titular” (HOUAISS, 2010, p.734), o que pode ocorrer:

- No contato com o bebê (o psicanalista “levando” a mãe até o filho);
- No contato com a mãe (o psicanalista “levando” o bebê até a mãe);
- Como uma terceiraidade (o terceiro na relação simbiótica mãe-bebê);
- No amparo maternal, paternal e fraternal.

A escuta psicanaliticamente orientada para maternidade se referencia nos preceitos da psicanálise, amplia o campo de atuação de um psicólogo hospitalar e serve como ferramenta de apoio ao turbilhão de afetos desencontrados presentes em UTIN's e berçários. O oferecimento de uma escuta empática possibilita aos pais, especialmente à mãe, a expressão de sentimentos reprimidos ou ofuscados pela emergência da situação de risco.

Porém, ao mesmo tempo em que essa escuta empática pode proporcionar o reconhecimento da autenticidade da dor, é preciso considerar o revés da empatia; isto é, identificar-se a tal ponto com o sofrimento do outro e não conseguir diferenciar os próprios conteúdos. O psicanalista não está imune a esse tipo de acontecimento; por isso, se faz necessária uma formação que se apoie no tripé da análise pessoal, no estudo da teoria e nas supervisões de caso.

Reafirmo: bebês me encantam! Somado à prática clínica, o encantamento resultou na minha concepção de escuta psicanaliticamente orientada para a maternidade.

Gestei com carinho e expectativa estas considerações finais. Porém, como base estruturante das conclusões que aqui esbocei, volto a chamar Winnicott (1966/2006, p. 90), que sagazmente escreveu: “Quero dizer que não se trata de precisarmos dizer às mães o que devem fazer, ou como devem ser. Se não o forem, paciência: não podemos fazer com que sejam”.

Penso que a escuta psicanaliticamente orientada tem um valor ímpar no atendimento de mulheres que, mesmo diante das adversidades, *são mães*. Trata-se de temática atual, porém não conclusiva. Esta pesquisa, ao mesmo tempo em que confirma a importância de uma clínica que verse sobre o tema da maternidade, abre questões que precisariam ser pensadas em estudos posteriores, principalmente no que concerne à relação dessas mulheres com seus filhos após terem sido amparadas por uma escuta psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, Jan. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ANDRÉ, Jacques. Entre angústia e desamparo. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. IV, n. 2, p. 95-109, jul./dez. 2001.

BERNARDINO, Leda M. F.; SANTOS, Carla Caroline; PEDRALI, Cauana B. Mestre; DIONÍSIO, Marion Weber S.. A escuta psicanaliticamente orientada em uma UTI neonatal. In: KUPFER, Maria Cristina Machado; BERNARDINO, Leda Marisa Fischer; MARIOTTO, Rosa Maria Marini. (Orgs.). *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012. p. 29-46.

BION, Wilfred R.. *O aprender com a experiência e Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

_____. (1967). *Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BRACCO, Dayse Maia; A especificidade do método de observação de bebês. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecília (orgs). *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 53-58.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa. A terceira margem do rio. *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo, v. 152/153. 2001. Disponível em <<http://www.editoraescuta.com.br/pulsional>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa. As funções anti-traumáticas do objeto primário: holding, continência e rêverie. *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 35, p. 37-55, 2003.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. *Melanie Klein: estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta, 2010.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa; NETO, Alfredo Naffah. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *Alter Revista de Estudos Psicanalíticos*. Brasília, v. 30, n. 1, 2012. Disponível em <<http://www.spbsb.org.br>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

DISCINI, Norma. Carnavalização. In: BRAIT, Beth (org.). *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 53-93.

DRUON, Catherine. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, Daniele de Brito. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, Algama, 2011.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2012.

_____. *Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo: Escuta, 2014a.

_____. Escutas em análise / Escutas poéticas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 123-137. 2014b.

FONTES, Ivanise; ROXO, Maísa; SOARES, Maria Cândida S.; KISLANOV, Sara. *Virando gente: a história do nascimento psíquico*. São Paulo: Ideias & Letras. 2014.

FREUD, Sigmund (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 335-469.

_____. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 189-206.

_____. (1910). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens (contribuições a psicologia do amor). In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 167-180.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 233-246.

_____. (1912a). A dinâmica da transferência. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. V. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 109-122.

_____. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 123-136.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 77-110.

_____. (1920). Além do princípio de prazer. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 13-78.

_____. (1926 [1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 81-174.

HILFERDING, Margarete (1911). Reunião de 11 de janeiro de 1911: ata da sociedade psicanalítica de Viena. In: HILFERDING, Margarete; PINHEIRO, Teresa; VIANNA, Helena B.. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 89-101.

HILFERDING, Margarete; PINHEIRO, Teresa; VIANNA, Helena B.. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991.

HOUAISS, Antônio. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

KHAN, Masud. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

KLEIN, Melanie (1933). O desenvolvimento inicial da consciência na criança. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 283-295.

_____ (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.

_____ (1936). O desmame. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 330-345.

_____ (1937). Amor, culpa e reparação. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 346-384.

_____ (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.

_____ (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: KLEIN, Melanie. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 413-464.

_____ (1946). Nota sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, Melanie. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

_____ (1957). *Inveja e Gratidão: um estudo das fontes do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: KLEIN, Melanie. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 281-297.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAZNIK, Marie Cristine. *A Voz da Sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Álgama, 2004.

LESCOVAR, Gabriel Zaia. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, mai./ago. 2004.

LIMA, Glaucinéia Gomes de. *Da mãe a mulher: os circuitos do amor, desejo e gozo*. 2006. 424 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LISPECTOR, Clarice (1969). Desenhando um menino. In: LISPECTOR, Clarice. *Para não esquecer*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

MATHELIN, Catherine. *O sorriso da Gioconca: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MÉLEGA, Marisa Pelella; RIBEIRO, Deborah S.. O observador psicanalítico como modelo continente da função materna. In: SONZOGNO, Maria Cecília; MÉLEGA, Marisa Palella. *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância: coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 101-118.

MÉLEGA, Marisa Palella; TUPINAMBÁ, Beatriz. A prática da observação da relação mãe-bebê e sua contribuição à formação analítica. In: SONZOGNO, Maria Cecília; MÉLEGA, Marisa Palella. *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância: coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 47-51.

MELVILLE, Herman. *Moby Dick or The White Whale*. Boston: C. H. Simonds Company, 1922.

MEYER, Luiz. *Rumor na escuta: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Ed. 34, 2008.

OGDEN, Thomas H.. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Artmed, 1996.

_____. *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASTORE, Jassanan Amoroso Dias; SOARES, Sylvia Salles Godoy de Souza. *O psicanalista na comunidade*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2012.

PESSOA, Fernando. *Poesia inglesa*. Lisboa: Livros Horizonte, 1995.

PINHEIRO, Teresa. Reflexões sobre as bases do amor materno. In: HILFERDING, Margarete; PINHEIRO, Teresa; VIANNA, Helena B.. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 103-123.

ROSA, Claudia Dias. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. *Natureza Humana*. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 55-96, jul./dez. 2009.

ROCHA, Zeferino. Desamparo e metapsicologia: para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. *Síntese, Revista de Filosofia*, Belo Horizonte, v. 26, n. 86. p. 331-346, 1999.

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

SÓFOCLES (430 a.C.). *Édipo Rei*. Porto Alegre: L&PM, 2014.

STERN, Daniel N.. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

TELLES, Sérgio. *Fragmentos clínicos de psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

WANDERLEY, Daniele de Brito. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Coleção de calças curtas. Salvador: Ágalma, 1999.

WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, Donald Woods (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

_____. (1947). O ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 277-287.

_____. (1950). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 288-304.

_____. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

_____. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 128-139.

_____. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 38-54.

_____. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 55-61.

_____. (1963a). O medo do colapso (Breakdown). In: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 70-76.

_____ (1963b). Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 196-206.

_____ (1963c). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p 163-174.

_____ (1963d). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p 79-87.

_____ (1963e). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p 70-78.

_____ (1966). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____ (1969a). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 195-202.

_____ (1969b). O uso de um Objeto no contexto de Moisés e o Monoteísmo. In: WINNICOTT, Claire; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 187-191.

_____ (1971a). O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, Donald Woods. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 3-22.

_____ (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ZIMERMAN, David E.. *Bion: da teoria à prática, uma leitura didática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.