

DANIELA MARIA MAIA VERÍSSIMO

**UM ESTUDO SOBRE A AMBIVALÊNCIA
MATERNA EM MÃES DE CRIANÇAS COM
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA**

ASSIS
2009

DANIELA MARIA MAIA VERÍSSIMO

**UM ESTUDO SOBRE A AMBIVALÊNCIA
MATERNA EM MÃES DE CRIANÇAS COM
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA**

Dissertação apresentada a Faculdade de Ciências e
Letras de Assis – UNESP - Universidade Estadual
Paulista para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e
Sociedade)

Orientador: Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

ASSIS
2009

Ficha catalográfica elaborada pelo
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – UNESP – Campus de Marília

Veríssimo, Daniela Maria Maia.
V517e Um estudo sobre a ambivalência materna em mães de
crianças com alergia à proteína do leite de vaca / Daniela
Maria Maia Veríssimo. Assis, 2009.
104 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis - Universidade Estadual Paulista, 2009.

1. Psicologia. 2. Relação mãe-bebê. 3. Ambivalência
materna. 4. Alergia à proteína do leite de vaca. I. Autor.
II. Título.

CDD 155.6463

Daniela Maria Maia Veríssimo

UM ESTUDO SOBRE A AMBIVALÊNCIA MATERNA EM MÃES DE
CRIANÇAS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

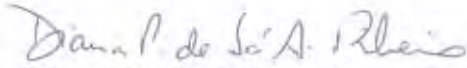
Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
e Letras – UNESP para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento:
Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 04/12/2009

COMISSÃO EXAMINADORA


Presidente: PROF. DR. JORGE LUIS FERREIRA ABRÃO - UNESP/Assis


Membros: PROFA. DRA. INÊS AMOSSO DOLCI - UNOESTE/Presidente Prudente


PROFA. DRA. DIANA PACINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO - UNESP/Assis

Aos meus pais, com carinho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e à Nossa Senhora minha “mãe” que ouve minhas angústias quando minha mãe verdadeira não pode me ajudar.

Ao professor, supervisor de estágio e enfim orientador desta dissertação Jorge Luis Ferreira Abrão fundamental em minha atuação profissional, por ter me ensinado a amar a psicologia desde o estágio na brinquedoteca, até a orientação desta dissertação, uma parceria que deu certo em meio a tantas diferenças.

À professora Diana, pela delicadeza e apoio na realização desta pesquisa, tornando mais claras as palavras de Winnicott.

À Dra. Inês Amosso Dolci, pelas contribuições tão importantes à construção desta dissertação, tanto no momento do Exame de Qualificação quanto na Defesa da Dissertação.

Às mães que compartilharam sua história e a de seus bebês comigo.

Ao meu pai, Amilcar por saber ser forte e doce quando o assunto sou eu. Pelo apoio, dedicação e cuidado e por ser meu exemplo de caráter.

À minha mãe Aldora, por ter sido minha parceira em nossa dupla mãe-bebê fazendo o amor prevalecer em meio às nossas ambivalências. E por ter me ensinado a sonhar e a lutar pelos meus sonhos.

Ao Rodrigo, meu amor, meu amigo, meu porto seguro, por seu cuidado e paciência em todos os momentos e por acreditar em mim e nesta dissertação mesmo quando eu mesma tinha dúvidas. Aos seus pais Samira e Mitsuo que acompanharam essa pesquisa, a cada fim de semana que ocupei a sala de jantar da casa com meus livros e resumos.

À toda minha família, em especial ao meu irmão Vinícius, minha cunhada Renata; às minhas tias Lúcia e Dorinda, sempre tão preocupadas com a evolução desta pesquisa, aos meus primos que acompanham cada um dos meus passos: Regina, Luiz, Viviane e Juliana. Registro aqui meu carinho e orgulho de pertencer a esta família.

À tia Elza (*in memorian*), pelas lembranças tão bonitas que deixou!

À minha eterna república e casa em Assis e seus moradores: Danilo, Júlia e Marina, por terem me acolhido, em todos os sentidos que essa expressão pode assumir.

À todos os meus amigos de trabalho, pela paciência e por compreender as minhas ausências neste período, em especial: à Leni pelo apoio maternal, à Nastássia pelas palavras sempre meigas e sábias, à Sandrinha pela amizade, à Tânia pelo cuidado, à Carla pela alegria, à Laís pelo apoio, inclusive nesta pesquisa, ao Nilson pelas palavras de apoio, e à Luzilaine pelo exemplo profissional!

Às minhas amigas Juliana, Cíntia e Lauren que são a família que escolhi desde os tempos de faculdade. À Cleise, Ana Cláudia e Mariana, pelos vários anos de amizade que nos permite saber o que pensamos em uma simples troca de olhar.

Aos amigos que Marília me deu: Paula, Anderson, Aline, Larissa e Rodrigo Cola, que acompanharam essa pesquisa desde a angústia dos estudos para a seleção do mestrado.

À minha psicóloga Eliana por tudo que significa em cada passo meu. À Edna pelas supervisões sempre tão importantes, à minha profissão e à minha vida.

À Sonia Guirado, supervisora e amiga: a primeira pessoa que se dispôs a investigar comigo, a relação mãe-bebê marcada pela alergia à proteína do leite ainda no meu aprimoramento. À Noemi Peres, pelo apoio na realização desta pesquisa e por ter ensinado tanto sobre minha paixão: psicologia hospitalar. E à Daniele Abdel pelo apoio profissional constante.

Ao meu querido professor de inglês Rodrigo Nunes pela amizade e por ter transformado meu resumo em “abstract”.

À Aline, pela imensa ajuda na adequação às normas da ABNT.

À funcionária da Pós-Graduação Iria pelo cuidado com que sempre me orientou nas questões institucionais.

RESUMO

VERÍSSIMO, Daniela Maria Maia. **“Um estudo sobre a ambivalência materna em mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca”**. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Câmpus de Assis. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Assis, 2009.

RESUMO: A maternidade é conhecida como um momento sublime na vida da mulher, mesmo em meio às transformações ocorridas no mundo contemporâneo, essa visão idealizada da maternidade é composta de fatores: sociais, culturais e históricos. A psicanálise também contribuiu na construção desta visão, tanto para uma responsabilização das mães pela estruturação psíquica das crianças, quanto para a naturalização da maternidade caracterizado-a como própria da feminilidade. Porém, inúmeros autores apontam para as dificuldades e pressões vivenciadas pelas mães da gestação ao pós-parto na relação com seu bebê, pois a vivência da maternidade sempre vem acompanhada de sentimentos conflitantes, ou seja, ambivalências. A literatura aponta também que a ambivalência se torna mais intensa quando o encontro com o bebê real é marcado por uma doença. No caso do presente trabalho, estudamos os efeitos da alergia à proteína do leite de vaca (APLV), na relação mãe-bebê, uma vez que essa doença, que vem ganhando importância no contexto pediátrico, apresenta uma particularidade: ao atingir o bebê em aleitamento, quem realiza uma dieta livre de qualquer produto lácteo é a mãe; devido à essa particularidade acreditamos que essa doença ao atingir bebês cria uma condição especial ao desenvolvimento da relação mãe-bebê. Com o objetivo de compreender as manifestações do sentimento de ambivalência em mães de bebês com a referida alergia realizamos uma investigação qualitativa psicanalítica, tendo como ponto de partida um estudo sobre os cuidados maternos ao longo da história, seguido de revisão teórica sobre relação mãe-bebê e seu impacto no psiquismo feminino, sobre a alergia à proteína do leite, diagnóstico, tratamento e prognóstico chegando ao ponto principal do trabalho: a ambivalência materna, estudada através da obra de Freud, Winnicott, Klein e Parker. Realizamos também entrevistas semi-dirigidas com duas mães de crianças em tratamento no Ambulatório de Alergia e Imunologia da FAMEMA o que nos permitiu criar narrativas psicanalíticas que analisamos com o auxílio da teoria winnicottiana. A partir das discussões deste trabalho pudemos concluir que existe intensa ambivalência na relação dessas mães com seus filhos, seja pela negação de qualquer sentimento negativo em relação à maternidade, seja pela super proteção que acreditamos ser uma reparação diante das próprias fantasias destrutivas, ou mesmo pelo prolongamento da relação fusional mãe-bebê, importante no início da vida do bebê, mas que se permanece impede o desenvolvimento da criança na conquista de sua subjetividade e independência. É importante deixar claro que não temos o intuito de patologizar a ambivalência, mas de reconhecê-la como própria da subjetividade humana e com potencialidade criativa, permitindo o enriquecimento da relação mãe-bebê.

Palavras-chave: relação mãe-bebê, ambivalência materna, alergia à proteína do leite de vaca.

ABSTRACT

A study about maternal ambivalence in mothers whose babies are allergic to protein found in cow's milk.

SUMMARY: Motherhood is known as a sublime moment in the life of a woman, even with the changes in the contemporary world, this idealized vision of motherhood is composed by some factors: social, cultural and historical. Psychoanalysis has also contributed in building this vision, not only the responsibility of these mothers for the psychic structure of these children, but also for the naturalization of motherhood characterized it as their own femininity. However, many authors pointed out the difficulties and pressures experienced by these mothers from pregnancy to post partum relate to their babies, because the experience of motherhood always comes along with a conflicted feelings, and this is called ambivalence. The literature also indicates that ambivalence becomes more intense when the encounter with the real baby is marked by a disease.

In the present work, we studied the effects of allergy to the protein in cow's milk (APLV) in mother-infant relationship, once that this disease which has become importance in the pediatric context, it shows an particularity: when it get to the baby who is breastfeeding, who carries on a free diet of any dairy product is the mother because of this particularity we believe that whenever this disease reaches the baby it creates a special condition between the development of mother-infant relationship.

In order to understand the manifestations of ambivalence feelings in mothers who have allergic babies, we carried out a qualitative investigation of psychoanalysis, and as a starting point a study of maternal care throughout history, followed by a theoretical approach on the mother-baby and its impact on the female psyche, this allergy to milk protein, diagnosis, treatment and prognosis leading to the point of the main work: the maternal ambivalence, studied through Freud, Winnicott, Klein and Parker work. We also semi-structured interviews with mothers of two children being treated at the Pediatric Allergy and Immunology FAMEMA which allowed us to create psychoanalytic narratives that were analyzed according to Winnicott theory.

After talking about this essay, we concluded that there is intense ambivalence in the relationship of these mothers with their children, either by denying any negative feelings about motherhood by the super protection that we believe to be a reparation related to many destructive fantasies, or even the extension of the fusional relationship between the mother and the baby, which is very important in the early life of the baby, but if it continues it will prevents the development of the child in achieving their subjectivity and independence.

It is important to make clear that we have no intention of pathologizing ambivalence, but to recognize it as its own human subjectivity and potential creative, allowing the enrichment of the mother-infant relationship.

Keywords: mother-baby relationship, maternal ambivalence, allergy to protein in cow's milk.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 OS CUIDADOS MATERNOS AO LONGO DA HISTÓRIA	12
2 A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E SEU IMPACTO SOBRE A MULHER	25
2.1 LEBOVICI	27
2.2 WINNCOTT	32
3 PERCURSOS TEÓRICOS PELA AMBIVALÊNCIA MATERNA	41
3.1 FREUD	41
3.2 MELANIE KLEIN	45
4 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA	54
4.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA, UM OUTRO OLHAR	56
5 DELIMITANDO A PESQUISA	61
5.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	61
5.2 OBJETIVOS	65
5.2.1 Objetivo Geral	65
5.2.2 Objetivos Específicos	65
5.3 METODOLOGIA	65
5.3.1 Local	69
5.3.2 Participantes	70
5.3.3 Instrumento	71
5.3.4 Procedimentos	72
6 DISCUSSÃO	73
6.1 PRIMEIRA HISTÓRIA	73
6.1.2 Análise	77
6.2 SEGUNDA HISTÓRIA	84
6.2.1 Análise	87
7 CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	104

INTRODUÇÃO

A maternidade é conhecida como um momento sublime na vida de uma mulher, mesmo em meio às transformações ocorridas no mundo contemporâneo. Essa visão da maternidade é composta de inúmeros fatores: sociais, culturais e históricos.

Ao consultarmos fatos históricos sobre o tema “família” observamos que o amor materno entendido como “instintivo” e “natural” é, na verdade, recente na civilização ocidental e foi construído por diversos discursos em voga somente a partir do século XVIII.

A psicanálise contribuiu para certa naturalização da maternidade, caracterizando-a como própria da feminilidade, e responsabilizando a mãe pelo desenvolvimento saudável da estrutura psíquica da criança. Porém, inúmeros autores apontam para as dificuldades e pressões vivenciadas pelas mães durante a gestação, no momento do parto e principalmente no pós-parto durante a relação com seu bebê.

De acordo com a psicanálise, todo desejo traz em si, a ambivalência; por consequência, o desejo de ser mãe também está acompanhado de tal ambivalência.

A maternidade sempre vem acompanhada de uma grande carga emocional para a mulher, é um momento de modificação de papéis sociais, sendo uma vivência singular no sentido de que não há regras a serem seguidas, principalmente pelo fato de que na contemporaneidade, as mulheres grávidas vivem um projeto diferente de gravidez, onde o auxílio materno – através de conselhos - é considerado extremamente conservador e por isso incorreto. O enfrentamento da experiência gestacional, suas angústias, desconfortos físicos e psíquico ocorrem, atualmente, de maneira mais solitária.

Com o parto, a ambivalência se torna mais intensa pelo encontro com o bebê real, que difere do imaginado durante toda a gestação e até mesmo nos planos que precediam à concepção. É o momento em que surge uma nova relação e a mulher entra em contato com um ser novo em sua vida, absolutamente dependente; tal vivência proporciona emoção, alegria, amor, prazer, mas também angústia, raiva, medo e insegurança. Essa vivência ambivalente se torna particularmente intensa quando o bebê real é marcado por uma doença, no caso específico do presente trabalho a alergia à proteína do leite de vaca.

Da experiência decorrente dos atendimentos que realizamos na Faculdade de Medicina de Marília, como parte das atividades do Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria de Estado da Saúde, em Psicologia Hospitalar, até a presente data, pudemos observar que há um crescimento do número de crianças que apresentam a alergia à proteína

do leite de vaca, que foi diagnosticada em (87) oitenta e sete crianças no Ambulatório de Alergia e Imunologia do Hospital Materno-Infantil de Marília no período de junho de 2005 a junho de 2007; já no período de setembro de 2008 a setembro de 2009; foram diagnosticadas (51) cinquenta e uma crianças; vale lembrar que ao atingir bebês que ainda estão em aleitamento, quem se submete à dieta livre de qualquer produto lácteo é a mãe.

Através do atendimento de mães de bebês portadores de alergia à proteína do leite no Hospital Materno Infantil de Marília - SP, verificamos que as mães apresentam fortes sentimentos de ambivalência no cuidado com seus bebês, o que dificulta um engajamento eficaz na dieta de exclusão de leite e derivados que deve ser feita por elas durante a fase do aleitamento.

Assim, a presente pesquisa tem por objetivo compreender as manifestações do sentimento de ambivalência em mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca. Para tal, foi feito um estudo qualitativo mediante a realização de entrevista semi-dirigida com as mães. Os participantes da pesquisa foram selecionados junto ao Ambulatório de Alergia e Imunologia do Hospital Materno-Infantil de Marília.

Ao compreendermos os sentimentos ambivalentes das mães será possível auxiliá-las a lidar melhor com a situação que vivenciam, por consequência, auxiliando no tratamento dos bebês.

Para tanto, realizamos através dos capítulos do presente trabalho, um caminho teórico que investiga a relação mãe-bebê do ponto de vista psicanalítico e também os fatores sócio-culturais envolvidos.

No capítulo I – Os cuidados maternos ao longo da história: observamos que o valor dado à maternidade, ao “amor materno” e à relação mãe-bebê teve profundas variações no decorrer da história; mudanças diretamente ligadas a questões sociais, políticas e ideológicas predominantes, na Europa e também no Brasil, em cada período. Neste capítulo podemos verificar também que a difusão das idéias da Psicanálise, contribuiu para uma super responsabilização da mulher pela saúde e bem-estar de seus filhos.

O capítulo II - A relação mãe-bebê e seu impacto sobre a mulher: traz em contrapartida ao apresentado no capítulo I, as grandes contribuições da Psicanálise para a compreensão da relação entre mãe e bebê e através das idéias de autores como: Szejer e Stewart, Lebovici e Winnicott buscamos compreender as nuances dessa relação, e seu impacto na subjetividade das mães.

Seguimos com o capítulo III – Percursos teóricos pela ambivalência materna: dedicado ao aprofundamento do tema central da presente pesquisa, na busca de compreender

estes sentimentos que julgamos estar engendrados na relação mãe bebê, para isso apresentamos as idéias de autores como: Freud, Klein, Parker e Badinter.

No capítulo IV – Alergia à Proteína do Leite de Vaca apresentamos dados da alergia propriamente, como sua sintomatologia, melhor forma de diagnóstico, tratamento , prognóstico e apresentação do fenômeno alérgico sob o olhar da psicossomática.

Em seguida, detalhamos a metodologia desta pesquisa qualitativa em psicanálise, a definição de entrevistas semi-dirigidas além do uso das narrativas psicanalíticas como forma de apresentar o material resultante das entrevistas. Passamos então à análise das entrevistas e por fim, apresentamos nossas conclusões a respeito da intensificação da ambivalência materna em relações mãe-bebê marcadas pela alergia à proteína do leite de vaca.

É importante ressaltar que este trabalho se localiza entre a psicologia e a medicina, contribuindo para o aprofundamento de um assunto importante às duas ciências. Indo ao encontro do sofrimento materno, como ponto principal do trabalho.

1 OS CUIDADOS MATERNOS AO LONGO DA HISTÓRIA

O valor dado à relação mãe-bebê teve profundas variações no decorrer da história, tais mudanças estão diretamente ligadas a questões sócio-político-ideológicas predominantes em cada período, sofrendo também influência do discurso científico.

Para que possamos compreender melhor os conflitos vividos pela mulher / mãe moderna torna-se importante conhecermos a evolução histórica da posição da mulher e dos cuidados maternos em nossa sociedade.

Para isso, buscamos algumas revisões históricas sobre o tema “família” e constatamos que o amor materno “instintivo” e “natural” de beleza única é recente na civilização ocidental e conforme mencionado acima, também fora, de certa forma, construído e influenciado pelos diversos discursos em voga a partir do século XVIII.

Uma dessas revisões sobre o tema família é o livro de Elizabeth Roudinesco (2003), denominado “A família em desordem” que versa sobre os anos de dominação do poder paterno sobre a família, sua decadência e posterior ascensão do poder materno sobre esta, além das contribuições da psicanálise para a ascensão ou justificativa desta promoção do materno sobre a sociedade.

Segundo Roudinesco (2003), durante a Antiguidade e a Idade Média, o poder de Deus, do monarca e do pai, a soberania dessas entidades se fazia presente na ordem familiar pela autoridade patriarcal, verdadeira transposição do direito divino e da monarquia; dessa forma a maternidade era desvalorizada sendo a mulher e a criança inferiores ao paterno, biológica e socialmente.

Na Antiguidade, Aristóteles refere que: “O sêmem do homem é soberano, pois contém o “princípio da forma” ao passo que o da mulher não, uma vez que ela é apenas a matéria que recebe a forma” (ROUDINESCO, 2003, p. 116).

Sob a soberania patriarcal, casamentos eram contratos sociais, econômicos e políticos entre famílias, sendo o amor entre os cônjuges desnecessário.

Segundo o trabalho de Ariés (1981), historiador que através de um estudo iconográfico reconstruiu historicamente as concepções de família e criança, durante a Idade Média as crianças permaneciam junto às suas famílias até no máximo 10 anos, quando eram enviadas a outras famílias, na ausência da escola, para se tornarem aprendizes de tarefas domésticas, não havendo qualquer “proteção da infância” as quais conviviam constantemente em igualdade com os adultos.

Neste período, devido à alta mortalidade infantil, as mulheres não se apegavam aos seus bebês e quando as crianças tornavam-se independentes dos cuidados básicos da mãe e da mãe, misturavam-se aos adultos, tornavam-se “mini-adultos”, sem trajes ou cuidados específicos, como acontece atualmente durante a infância.

Ariés (1981) sugere que o aparecimento do sentimento de infância se relaciona a mudanças ocorridas na família, desde a família medieval até a família moderna; transformações que se ligam a mudanças sociais e políticas engendradas pelo discurso das ciências. Assim visualiza-se um movimento transformador que influencia a construção da visão moderna de maternidade e do amor materno.

Em concordância com as idéias de Ariés (1981), encontramos a autora Marie Langer (1981), psicanalista austríaca, naturalizada argentina, em seu livro “Maternidade e Sexo”, que ao investigar as dificuldades nas funções femininas, com a concepção, fertilidade e lactância, realiza um resumo das condições históricas da mulher e da maternidade ao longo da história, coloca a mudança da posição atual da mulher na sociedade como resultado de um longo processo, desde a sociedade denominada falocêntrica, patriarcal onde a mulher era subjugada ao homem.

Segundo a autora: “Foi a Revolução Francesa, com seu lema de igualdade, que pôs pela primeira vez em dúvida que esta subordinação fosse natural e inalterável.” (LANGER, 1981, p. 18) Mas, com as mudanças, seja nas classes altas ou baixas, o papel feminino não se modifica de imediato. A mulher continuava inserida no processo de trabalho e produção caseira, alterando trabalho, atenção com os filhos e com a família.

O lema da revolução francesa, só foi realmente utilizado quando ocorreu a revolução industrial.

Com os descobrimentos técnicos e a transformação do trabalho, que inevitavelmente levava à concentração dos operários na fábrica, o homem abandonou a indústria caseira, e a mulher o seguiu de imediato, não impulsionada pela rivalidade com ele, mas por pura necessidade. (LANGER, 1981, p. 19)

Neste período, até mesmo as crianças passaram a trabalhar, situação que se modificou com as lutas sociais e a criação de legislação trabalhista e os menores foram afastados do trabalho.

Moura e Araújo (2004) em uma revisão bibliográfica no artigo denominado: “A maternidade na história e a história dos cuidados maternos”, afirmam que é no final do século XVIII que ocorre uma mudança de foco ideológico, onde há um deslocamento progressivo da

autoridade patriarcal ao amor materno, havendo também a passagem à burguesia e o imperativo de que a sobrevivência das crianças é necessária.

Assim, a mulher passa a se ocupar dos cuidados com os filhos por influência de um discurso médico, moralista, que constrói a idéia de que esse cuidado lhe seria “natural”, tão natural quanto o ato de gestar um bebê e de pari-lo (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Em Roudinesco (2003, p. 123) encontramos:

O verbete “mulher” da Enciclopédia [séc. XVIII] testemunha a pertinência desse discurso. A mulher é efetivamente definida por seu útero, sua flexibilidade e sua umidade.

Sujeita a doenças vaporosas é comparada a uma criança na textura de seus órgãos caracterizando-se por uma fraqueza congênita, uma ossatura menor que a dos homens, uma caixa torácica mais estreita e cadeiras que se balançam incessantemente para encontrar seu centro de gravidade. Esses fatos provam, dizia o autor do verbete, que o destino da mulher é gerar, não o de se entregar a qualquer atividade profissional ou intelectual.

De acordo com Moura e Araújo (2004), a partir do século XVIII desenha-se uma nova imagem de maternidade: o bebê deve ser alvo da dedicação privilegiada da mãe, sempre atenta, presente nos cuidados com esse novo ser e assim ocorre uma ampliação da responsabilidade materna da mulher-mãe, que se torna a “rainha do lar” desde que não cruze os limites do doméstico.

Roudinesco (2003) relata essa visão da mulher e do materno como uma forma de controlar a “irrupção do feminino” a emancipação da mulher, o desejo de igualdade entre os sexos, tão temido pela sociedade ainda patriarcal.

Assim, conforme Langer (1981, p. 20):

Enquanto, desde cedo, os filhos convertiam-se numa ajuda ao lar e no trabalho caseiro, agora transformavam-se em um peso para a mulher, que, voltando cansada do trabalho, tinha que dedicar suas poucas horas livres à atenção das crianças e da casa.

Roudinesco (2003) afirma que “a invenção da família edipiana teve tal impacto sobre a vida familiar do século XIX e sobre a apreensão das relações inerentes à família contemporânea (...)” (*op cit.*, p. 47). E o sucesso da teoria freudiana é resultado da decadência da vida das famílias burguesas; afinal o modelo de família burguesa com seus casamentos por amor, que duram por anos, resulta no esgotamento do desejo e do sexo, permitindo que a relação entre mãe e filho fosse elevada ao status de primordial, caracterizando todo o século XX por uma maternalização da família.

Corroborando todas as informações supracitadas, temos a autora Elizabeth Badinter (1985), cujo livro denominado “Um Amor Conquistado: O mito do amor materno”, constrói um questionamento que se faz pertinente ao nosso trabalho, será que o amor materno é instintivo, uma tendência inata à mulher, ou um comportamento social, que varia com os costumes de uma época?

E a resposta a esse questionamento, esbarra com o fato, também afirmado pela autora de que:

A maternidade é, ainda hoje, um tema sagrado. Continua difícil questionar o amor materno, e a mãe permanece, em nosso inconsciente coletivo, identificada a Maria, símbolo do indefectível amor oblativo. (BADINTER, 1985, p. 9)

Como conclusão, Badinter (1985) não afirma que o amor materno é uma invenção do século XVIII, apenas, que até então a sociedade não o valorizava, e não o valorizava a tal ponto que poderia eliminá-lo totalmente em numerosos corações.

Badinter (1985) refere que os valores vigentes em uma sociedade, acabam por determinar os papéis que pai, mãe e filho devem vivenciar.

Quando o farol ideológico, ilumina apenas o homem-pai e lhe dá todos os poderes, a mãe passa à sombra e sua condição se assemelha à da criança. Inversamente, quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação, o foco é apontado para a mãe, que se torna a personagem essencial, em detrimento do pai. Em um ou outro caso, seu comportamento se modifica em relação ao filho e ao esposo. Segundo a sociedade valorize ou deprecie a maternidade, a mulher será, em maior ou menor medida, uma boa mãe. (BADINTER, 1985, p. 26)

Outro ponto que influencia os papéis desenvolvidos por estes três personagens da família: pai, mãe e filho é a luta entre os sexos. Durante o período histórico em que o filho esteve sujeito à autoridade paterna, a mãe recebe o papel secundário na cena familiar. Fazia-se importante apenas o sentimento de obediência o que permitiu uma certa emancipação feminina. Já quando a mãe é convocada e sua responsabilidade passa a ser as carícias maternas, a mulher ganha importância sobre o marido, o poder matriarcal toma força pelo menos no seio do lar.

E quando o filho é sagrado Rei da família, exige-se, com a cumplicidade do pai, que a mãe se despoje de suas aspirações de mulher. Assim, sofrendo a contragosto a influência dos valores masculinos, é a mãe triunfante que melhor realiza as pretensões autonomistas da mulher. (BADINTER, 1985, p. 26)

Mas, essa transição do poder patriarcal para o matriarcal, ocorreu lentamente ao longo dos séculos; desde a antiguidade, o poder do pai, era semelhante ao poder de Deus, e garantia também o poder da monarquia chefiada por um rei. À mulher e ao filho caberia apenas docilidade e obediência.

Nem mesmo as leis eclesiásticas, que no século XVIII proclamavam igualdade entre homem e mulher, surtiram efeitos concretos na organização social que atravessou séculos desde a Antiguidade.

As reflexões até aqui são referentes ao panorama mundial e seus valores sociais, sobre família e maternidade.

Quanto ao panorama nacional contamos com Algranti (1997), que aponta que a situação no Brasil difere apenas porque esse movimento de valorização da maternidade de origem européia teve que sofrer alterações para adaptar-se ao modelo colonial então existente no país.

Para compreendermos as alterações realizadas no movimento de valorização da maternidade, precisamos compreender as alterações do movimento burguês no Brasil e para isso, contamos com a obra de Mary Del Priore (1997), que em seu livro “A História das Mulheres no Brasil”, se propõe a contar a história dessas mulheres, e não só delas, mas de suas famílias, filhos, trabalho e sociedade, através de documentos históricos, que nos permitem observar a vida das mulheres brasileiras entre os séculos XVI e XX.

A respeito do tema maternidade o que mais nos chama atenção no Brasil é a questão da maternidade negada, conforme o artigo contido no livro acima citado, escrito por Renato Pinto Venâncio (1997).

O abandono de crianças os chamados “expostos” em Santas Casas de Misericórdia, ou na popular roda dos expostos, preocupava autoridades e igrejas da época e ao mesmo tempo era evento corriqueiro na sociedade do então, século XVI. Mas que motivos levariam as mães a abandonarem seus filhos? Esse é um dos caminhos utilizado pelo autor para conhecer um pouco da sensibilidade feminina nos séculos passados.

Realmente, o abandono das crianças, nos revela importantes aspectos da condição feminina no Brasil colonial. Algumas das crianças eram abandonadas pelo falecimento de suas mães, e acabavam tornando-se vítimas de uma sociedade sem estrutura e sem leis favoráveis à adoção ou existência de orfanatos.

“Os abandonados também podiam ser filhos de escravas fujonas ou de mulheres brancas que por motivos morais ou miséria encaminhavam a prole a outros domicílios”. (VENÂNCIO, 1997, p. 206)

A existência de numerosas instituições destinadas aos enjeitados revela certa complacência com tal atitude, diferente dos casos de infanticídio e aborto.

De acordo com Venâncio (1997), a negação da maternidade implicava na multiplicação de mães mercenárias que sem poder amamentar os filhos “adotados” empregavam as mais variadas e desastrosas técnicas de amamentação artificial, o que levava milhares de bebês à morte.

O fato apontado pelo autor é que muitas vezes, mesmo que o destino das crianças fosse na maioria das vezes, a morte, a entrega das crianças pelas mães era uma tentativa de protegê-las. Mas, Venâncio (1997) também levanta a possibilidade de falta de amor ou irresponsabilidade das mães para com seus bebês. E para isso, investiga o que se entendia por amor materno na época.

Podemos definir o amor materno com a contribuição do texto de Venâncio (1997), que traz informações presentes nos manuais de criação de filhos, como a publicação do Jesuíta Alexandre Gusmão, datada do século XVII, onde diz que cabe à mãe a formação e ao pai a direção dos filhos. Por formação entendiam-se os cuidados de ordem material como a preocupação com roupinhas e alimentos mais apropriados para o bebê e por direção, entendiam-se questões relativas a valores religiosos e morais.

“Durante os primeiros anos de vida dos bebês, todo trabalho pesava sobre a mãe. Assim, a que não assumisse os filhos quebraria as regras da vida social por comprometer a formação do futuro adulto.” (VENÂNCIO, 1997, p. 201)

Mas a escravidão e a miséria deixaram a instabilidade como marca no período do Brasil colonial, em que os pequenos brasileiros vivem ao mesmo tempo uma complexa e frágil vida familiar onde se improvisa até mesmo a forma de amar e criar os filhos.

Prova de tal improvisação do “maternar” era a estratégia comum às mães de meios sociais mais pobres que socializavam o cuidado dos filhos através de:

[...] uma extensa rede de vizinhança e parentela. Meninos e meninas circulavam de lar em lar, de casebre em casebre, de senzala em senzala, estabelecendo relações de “parentesco espiritual”, via compadrio, ou informais, como no caso dos “filhos de criação”. (VENÂNCIO, 1997, p. 202)

Algumas mães escravas praticavam o abandono, até mesmo para livrar os filhos da escravidão, ou mesmo, o praticavam como uma forma de determinar a quantidade ideal de membros na família, algo como um controle de natalidade primitivo.

Concluímos, portanto, através das idéias apresentadas por Venâncio (1997) em seu artigo, que se utilizarmos como parâmetro, o ideal de amor materno vigente nos séculos XVII e XVIII, no Brasil colônia, em que as mães eram responsáveis pela formação de seus filhos, ou seja, por cuidados concretos, como vestimenta e alimentação própria, o abandono, à primeira vista frio e cruel, torna-se uma estratégia de garantir aos filhos um local seguro para tais cuidados, pois não se consideravam ligações sentimentais, como se considera hoje.

A autora Maria Ângela D’Incao (1997, p. 229), em seu artigo “Mulher e Família Burguesa”, texto integrante do livro de Del Priore sobre a “História das Mulheres no Brasil”, relata mudanças na sociedade brasileira no século XIX:

Durante o século XIX, a sociedade brasileira sofreu uma série de transformações: a consolidação do capitalismo; o incremento de uma vida urbana que oferecia novas alternativas de convivência social; a ascensão da burguesia e o surgimento de uma nova mentalidade – burguesa – reorganizadora das vivências familiares e domésticas, do tempo e das atividades femininas, e, por que não, a sensibilidade e a forma de pensar o amor.

Essas transformações, já ocorridas na Europa, chegam ao Brasil e influenciam, inclusive, no nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família nuclear burguesa; há uma valorização da maternidade e principalmente da intimidade, com as modificações das casas, que agora, resguardam seus moradores, com jardim e espaços que as distanciam do contato direto com as ruas, permitem maior intimidade ao serem construídas com cômodos independentes, bem divididos, e as alcovas que permitiam a vivência e expressão de sentimentos, amor, saudades, sofrimento e paixões.

Anterior a tais mudanças, observa-se tanto no texto de D’Incao (1997) como no texto de Algranti (1997), que as famílias brasileiras apresentavam uma difícil delimitação da vida privada, mas, como característica básica encontramos a multiplicidade na composição das famílias pelas distâncias, pela existência de zona rural.

O fato é que no Brasil e também na Europa, o final do século XVIII trazendo a ascensão da burguesia provocou mudanças na organização familiar colonial, na maternidade e nos cuidados maternos então desenvolvidos, com um colorido próprio devido à situação de país-colônia em que o país se encontrava. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

D’Incao (1997) cita que as medidas higiênicas tinham como objetivo a criação de uma nova cara para as cidades brasileiras que agora recebiam um número cada vez maior de habitantes. Era o crescimento urbano de um país que até então era prioritariamente rural. O

discurso médico-higienista buscava organizar esse crescimento e trazia consigo a construção de novos conceitos de higiene em geral e também de vida familiar.

Também, a respeito do discurso médico-higienista encontramos no texto de Moura e Araújo (2004), que uma das ações dos médicos higienistas era no sentido de diminuir o aleitamento mercenário (amas-de-leite) responsável pela mortalidade infantil, além do apontamento moral sobre a má formação de crianças que convivem com amas e escravos negros. Observa-se que as modificações ideológicas se encaixam com as modificações no modo de viver das pessoas.

A interiorização da vida doméstica se deu ao mesmo tempo em que as casas mais ricas se abriam à apreciação e julgamento público, por parte de um círculo restrito de familiares e amizades, através de festas, saraus e jantares noturnos, conforme nos descreve D’Incao (1997, p. 228):

Nesses lugares, a idéia de intimidade se ampliava e a família, em especial a mulher, submetia-se à avaliação e opinião dos “outros” [...] Se agora era mais livre – “a convivência social dá maior liberdade às emoções”-, não só o marido ou pai vigiavam seus passos, sua conduta era também submetida aos olhares atentos da sociedade. Essas mulheres tiveram de aprender a comportar-se em público, a conviver de maneira educada.

Em meio a tantas modificações sociais, a literatura se modifica e as histórias românticas, com heroínas sofredoras, incentivavam à idealização dos sentimentos e também das relações, e os casamentos, mesmo que em verdade fossem decididos pela família e ocorressem para manutenção do status social, começava a ser idealizado e relacionado ao amor romântico.

D’Incao (1997) afirma que a sociedade burguesa cobrava que as mulheres fossem esposas e mães dedicadas.

Cada vez mais é reforçada a idéia de que ser mulher é ser quase integralmente mãe dedicada e atenciosa, um ideal que só pode ser plenamente atingido dentro da esfera da família “burguesa e higienizada”. Os cuidados e a supervisão da mãe passam a ser muito valorizados nessa época, ganha força a idéia de que é muito importante que as próprias mães cuidem da primeira educação dos filhos e não os deixem simplesmente soltos sob influência de amas, negras ou “estranhos”, “moleques da rua”. (D’INCAO, 1997, p. 229)

Com a emergência da família burguesa, reforça-se no imaginário popular a importância do amor familiar,

[...] redefine o papel feminino e ao mesmo tempo reserva para a mulher novas e absorventes atividades no interior do espaço doméstico. Percebe-se o endosso desse papel por parte dos meios médicos, educativos e da imprensa na formulação de uma série de propostas que visavam “educar” a mulher para seu papel de guardiã do lar e da família. (D’INCAO, 1997, p. 230)

É assim que de acordo com Moura e Araújo (2004) criou-se um clima de culpabilização das mães que não amamentavam e a instalação de um sentimento de anomalia.

Observa-se que nosso país também vive as transformações iniciadas a partir de 1850, no cenário mundial. Mas, no Brasil, essas transformações começaram a se delinear no final do século XIX, com uma lentidão e contradição peculiar, devido à condição do país, ainda colônia de Portugal, afastado geograficamente e culturalmente dos grandes centros europeus, onde as sociedades já se caracterizavam como burguesas.

Magali Engel (1997), em seu texto *Psiquiatria e Feminilidade*, também trata da historicidade do feminino no Brasil.

Em meio a tantas mudanças, consolidavam-se também avanços na psiquiatria mundial e, no país, vivenciava-se o período de medicalização da loucura, agora denominada doença mental e objeto de saber e prática especializados. Embora não nos convenha o estudo aprofundado da psiquiatria e feminilidade da época, uma contribuição da autora se faz importante às nossas reflexões sobre a história dos cuidados maternos no país: os estudos sobre maternidade e loucura, e a perspectiva médica da época de que:

[...] a realização da maternidade seria capaz de prevenir e até mesmo curar os distúrbios psíquicos relacionados direta ou indiretamente à sexualidade e à própria fisiologia femininas, [e] contraditoriamente a gravidez, parto e o pós-parto seriam vistos como momentos extremamente propícios ao aparecimento ou à manifestação de tais distúrbios. A loucura puerperal [...] era] em última análise, como decorrente de distúrbios que se referiam à incapacidade física ou moral da mulher no sentido de realizar plena e corretamente os desígnios da maternidade. (ENGEL, 1997, p. 336)

Observa-se, que a crença da época, era que tanto a maternidade poderia evitar e curar moléstias femininas, quanto a incapacidade para a maternidade poderia levar à loucura.

A maternidade era vista como a verdadeira essência da mulher, inscrita em sua própria natureza. Somente através da maternidade a mulher poderia curar-se e redimir-se dos desvios que, concebidos ao mesmo tempo como causa e efeito da doença, lançavam-na muitas vezes, nos lodos do pecado. (ENGEL, 1997, p. 338)

Pudemos, até aqui, observar as mudanças sociais ocorridas desde a Antigüidade nas relações familiares, sociais, políticas e econômicas que influenciaram diretamente o conceito de feminilidade e maternidade. Acrescentamos a essas reflexões as idéias de Chodorow

(1990, p. 47), que em seu livro analisa a maternidade e o modo como essa é reproduzida transgeracionalmente e afirma que: “A psicologia e a sociologia pós-freudianas ofereceram novos argumentos em favor da idealização e reforço do papel maternal das mulheres na medida em que acentuaram a importância decisiva do relacionamento mãe-filho para o desenvolvimento da criança”.

“Graças à Psicanálise, a mãe será promovida a ‘grande responsável’ pela felicidade de seu rebento” (BADINTER, 1985, p. 238). Há na psicologia pós-freudiana, representada por Klein, Winnicott e Bion uma “[...] idealização e reforço do papel materno, na medida em que enfocaram a relação mãe-bebê como decisiva no desenvolvimento da criança” (MOURA; ARAÚJO, 2004, p. 8).

Essa superestima à maternidade e/ou à maternagem, permitem a realização de algumas mulheres, antes sem qualquer possibilidade de realização e causam pressão sobre outras tantas mulheres, que não estão ou não se sentem “aptas” a ter filhos ou julgam que a criação de seus filhos não é realizada com perfeição; ainda vivemos segundo a ideologia fundada no século XVIII em que ser mulher e ser mãe são sinônimos.

Ainda no século XX mulheres e mães têm diante de si responsabilidades e cobranças sociais, de dedicação extremada a seus filhos em nome do amor materno; responsabilidades que se somam aos afazeres profissionais e domésticos.

Langer (1981) pontua que ao mesmo tempo em que ocorreu a responsabilização materna, ocorreu também uma mudança, na vida da mulher da classe média, que com a Primeira Guerra Mundial e a saída dos maridos de casa, foram chamadas pelas autoridades a deixar seus lares e começar a trabalhar, por sua disponibilidade e também sob as “cores do patriotismo”.

Em outras épocas, as mulheres ocupadas com numerosas gravidezes e com o cuidado de vários filhos, não teriam atendido a tal chamado com tanto entusiasmo.

Mas ela, a mulher do começo do século, tinha um número reduzido de filhos e sentia-se desperdiçada em um lar vazio. Os progressos da medicina causaram esta situação. Havia diminuído a mortalidade infantil e puseram à disposição do casal métodos anticoncepcionais eficazes e até o aborto realizável já sem maiores riscos físicos e legais. (LANGER, 1981, p. 19-20)

Com o término da Primeira Guerra Mundial, os homens voltaram, e se depararam “[...] com uma mulher independente economicamente, consciente de seus valores [...] e com uma liberdade sexual comparável a dos homens. Ao não implicar consequências biológicas

para ela, o ato sexual corria o risco de converte-se somente em fonte de prazer, de ter perdido transcendência e adquirido autonomia.

Concomitantemente, as idéias de Freud e o discurso da Psicologia se difundiram de tal forma na sociedade contemporânea que alguns autores como Almeida (1987) denominam tal influência como “cultura psicanalítica” à qual se associam mudanças na subjetivação individual e familiar percebidas através de estudos realizados no Brasil na década de 80.

Como exemplos destes estudos, temos o trabalho de Salem (1985) “A trajetória do Casal Grávido”, Almeida (1987) “Maternidade: um Destino Inevitável?” e Lo Bianco (1985) “Psicologização do Feto”.

Salem (1985) relata que no projeto denominado casal grávido, a maternidade e a paternidade devem ser discutidas, problematizadas entre o casal, então a diferença biológica entre os integrantes deste assume papel de pouca importância. Cria-se, assim, uma aliança emocional entre o casal onde o homem participa das vivências gestacionais e do parto, mas tudo dentro de uma lógica nuclear própria, definida, afastados da família de origem da esposa ou do marido, pois o modelo familiar já instaurado é um modelo que não deve ser seguido.

É também o casal que assume todos os cuidados com o bebê desde o início. A autora aponta a dificuldade de execução da tarefa de ser um casal grávido e que a liberdade relatada pelo casal em decidir os rumos da maternagem que exercem é somente um êxodo da dependência familiar à dependência dos especialistas (psicólogos, obstetras, pediatras, etc.).

Almeida (1987) também pontua essa dependência dos saberes especializados em seu estudo. Comparando a representação de maternidade das mães da década de 50 e de suas filhas, agora mães na década de 80, foi possível identificar a construção de uma nova representação de maternidade, dita alternativa. Nesta nova maternidade a família antes referência cede lugar ao conhecimento dos especialistas ou amigos também em situação de gravidez.

Assim como Salem (1985), Almeida (1987), também fala a respeito da perda da diferenciação por sexo; apontando também a não diferenciação do período não-grávido para o grávido e a gravidez como um período em que a mulher já é mãe, e o parto perde então a significação de passagem, da mulher gestante para a mulher mãe.

Almeida (1987) observa que a gravidez é problematizada, discutida, e a denominada maternidade alternativa é construída em oposição aos valores e representações da maternidade das mães na década de 50, considerado o padrão rígido e disciplinador da experiência de gravidez, abandona-se esse e adere-se a um padrão disciplinador sutil, que gera a crença de liberdade e sob o discurso dos especialistas é percebido como inerente ao desejo do sujeito,

mas que não deixa de ser um padrão de obediência a regras de um discurso também disciplinador, agora regido por especialistas.

Assim, dentro do discurso dos especialistas, como o discurso médico e “psi” criam-se espaços para fenômenos como o da psicologização do feto, investigado por Lo Bianco (1985). A responsabilização materna pela felicidade e pleno desenvolvimento do filho, gera preocupação desde a gravidez; tal preocupação pode ser influência da divulgação, por vezes a-crítica das descobertas científicas sobre a vida psíquica intra-uterina, ou mesmo do que se constrói no imaginário social a partir de informações sobre esse período gestacional.

Os fetos já considerados sujeitos, com desejos próprios, com os quais as mães gestantes conversam constantemente, já demonstram, segundo elas, ter personalidade ainda in útero.

Os procedimentos médicos, como ultra-sonografia que permitem visualizar e “ouvir” o feto, corroboram para a identificação do feto como portador de características pessoais e personalidade.

A psicologização do feto surge em meio à ambivalência gerada entre o ser mãe como único papel da mulher e os demais papéis que a contemporaneidade permitiu a mulher desempenhar como profissional.

A gravidez investida e valorizada, neste momento, não encerra as atividades da mulher da década de 80, nem a extrema dedicação dos projetos da “gravidez alternativa” como o apresentado por Almeida (1987), do “casal grávido” da obra de Salem (1985) e a “psicologização do feto” descrita por Lo Bianco (1985) existentes; embora tenham sido criados sem regras claras, parecem ter criado nessas mulheres uma certa irritação com o estado de gravidez convencional e um temor de que seu papel fosse reduzido exclusivamente ao papel de mãe.

É provável que o papel da mulher não seja reduzido exclusivamente ao de mãe, mas com os recursos da modernidade, observa-se que o importante papel da mulher na decisão de ter um filho se relaciona ao poder de decidir a inclusão ou exclusão do homem neste projeto. A década de 50, como já expresso neste capítulo, no período pós-guerra, trouxe progresso às práticas contraceptivas, os tratamentos contra a esterilidade foram sendo aprimorados e passamos então à concepção sem o ato sexual, a fecundação fora do corpo da mulher e até sem a ajuda de um parceiro com o qual se relacione.

Segundo Roudinesco (2003, p. 167), “a ordem procriadora ficou então inteiramente reservada ao poder das mães, detentoras atualmente da responsabilidade exorbitante ora de

designar o pai, ora de o excluir” e podemos acrescentar também a responsabilidade de ser mulher, mãe perfeita e profissional bem-sucedida.

O lugar do feminino, o papel da mulher, a relação entre feminilidade e maternidade, foram sofrendo transformações desde a antiguidade, respondendo a circunstâncias sócio-econômicas de cada período, e o que vivenciamos hoje é resultado de todas essas transformações, incluindo a questão colocada por Moura e Araújo (2004), sobre a atual responsabilização da mãe pela felicidade e saúde dos filhos, o que segundo as autoras, teve grande contribuição da Psicanálise pós-freudiana.

Porém, a mesma Psicanálise, que contribuiu para a pressão e responsabilização da mulher, conforme apontamos, também traz grandes contribuições, com suas discussões psicanalíticas a respeito da relação mãe-bebê. É sobre essas contribuições que iremos discutir na sequência deste trabalho: alguns pontos da teoria psicanalítica sobre a díade mãe bebê, onde é possível constatar o impacto provocado pela vivência da maternidade no psiquismo da mulher, bem como a importância atribuída à figura materna para o desenvolvimento infantil.

2 A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E SEU IMPACTO SOBRE A MULHER

A maternidade é atualmente conhecida como um momento belo, especial e único para a vida da mulher; mesmo em meio às transformações ocorridas no mundo contemporâneo, o ideal romântico da maternidade como um momento sublime, ainda se faz presente no imaginário coletivo. Para podermos comentar o impacto causado na vida de uma mulher pela chegada do novo integrante à família, recorreremos primeiramente a um retrato atual ‘desenhado’ por Szejer e Stewart (2004) em seu livro “Nove meses na vida de uma mulher” que aborda a gravidez e o nascimento com viés psicanalítico e relata os intensos eventos, sejam eles corporais ou psíquicos que a mulher enfrenta desde a descoberta da gravidez. Para uma melhor compreensão, os autores apresentam a gravidez em três trimestres gestacionais.

No primeiro trimestre a notícia chega à família, através da confirmação de um terceiro personagem: o médico ou o exame de gravidez laboratorial. A necessidade da confirmação da gravidez por um terceiro nos aponta para a existência de um possível desejo de estar grávida e ao mesmo tempo um temor em estar grávida e por todas as responsabilidades e vivências que isso trará à mulher. Uma vez confirmada, a existência do bebê ainda em formação já provoca um novo arranjo nos papéis sociais familiares, principalmente no papel vivido até então pela mulher que a partir de agora deixa de ser filha e torna-se mãe. Os autores apontam os sintomas físicos, mudanças hormonais, enjoos, sono excessivo e as mudanças na rotina, provocadas pelo início de gestação.

No segundo trimestre, atinge-se a plenitude da gravidez, o sentir-se grávida é confirmado pela barriga que já está visível e garante à mulher a confirmação social de que será mãe. O cessar dos enjoos, permitem à mulher viver momentos agradáveis pela gravidez, mas a proximidade do parto traz consigo a sensação de que tal felicidade terá como final inevitável a separação.

No terceiro trimestre, Szejer e Stewart (2004) apontam a percepção da mulher quanto à necessidade do parto, o desconforto da convivência de dois – ou mais – seres em um só corpo, inchaço, a angústia diante da aproximação do parto que trará consigo a ambivalência entre o “manter” o elo mãe e filho, ou permitir o corte dessa ligação que permitirá a vinda do bebê ao mundo.

Os preparativos que permeiam o social feminino para a recepção do novo membro da família, assim como mudanças na rotina, pois a mulher não consegue ser tão ativa quanto

antes devido ao desconforto físico que o fim da gestação lhe causa são discutidos por Szejer e Stewart (2004); há a necessidade de se tomar decisões sobre o parto com ou sem dor, aleitamento, presença ou não do marido na sala de parto, auxílio da mãe, agora avó, nos cuidados com o bebê. Uma nova carga de responsabilidade diante da vida, a renúncia do papel de filha, para tornar-se mãe, as diferenças na relação entre marido e mulher com a chegada do filho e inclusive a possibilidade da depressão pós-parto são apontadas, pelos autores, como fatores de impacto sobre o psiquismo da mulher já durante a gestação.

Após essa viagem, pelas mudanças corporais e psíquicas que a mulher vivencia, adentramos à Psicanálise propriamente dita, onde muitos autores se dedicam ao estudo de temas como: maternidade e relação mãe-bebê sempre identificando a mãe como responsável pela estruturação psíquica e somática da criança.

No presente trabalho, de cunho psicanalítico, contamos principalmente com a articulação das idéias de dois autores, Serge Lebovici (1987) e Donald Winnicott (1960) que contribuíram de maneira primorosa, para os estudos relacionados à gênese das relações objetais, trazendo pontos que nos levam a refletir sobre a relação mãe-bebê e nos permitem também refletir sobre o impacto que a vivência dessa relação provoca na mãe.

Embora nosso trabalho foque sobre a obra dos dois autores acima citados, não podemos deixar de registrar, que anterior a eles, Freud, criador da Psicanálise, já versa em sua conferência sobre “Feminilidade” (1933), sobre o universo materno. Nesse texto, Freud afirma que o desejo de ser mãe e o desejo de ter um filho são vivenciados em momentos diferentes.

Segundo Freud (1933), o desejo de ser mãe é construído no período pré-edipiano, resultado de uma identificação com a própria mãe, o que pode ser observado nas brincadeiras de boneca em que a menina imita a mãe, aquela figura amada, com a qual a criança se relaciona antes do temor da castração.

Com a experiência da fase edipiana, a menina sente o desejo de ter um filho. Após a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, é pela condição de ser mulher e sob os efeitos da castração, que em um momento de hostilidade à mãe, sua rival, a menina fantasia ter um filho com o pai, repondo assim o que lhe falta, tal qual repôs a falta de sua mãe.

Podemos ampliar essa reflexão no sentido de que um filho viria muitas vezes preencher outros vazios, outras faltas e perdas, o vazio das perdas ao longo da vida da mulher, sejam elas perdas profissionais, sentimentais, a morte de alguém, ou como forma de compensação por algo, ou em busca de uma plenitude idealizada.

Essa reflexão pode ser confirmada, nesta mesma conferência (1933), onde Freud acrescenta que a feminilidade completa é alcançada quando a mulher se torna mãe.

Em caminho semelhante encontramos o autor Lebovici.

2.1 LEBOVICI

Serge Lebovici, psiquiatra e psicanalista infantil autor do livro “O bebê a mãe e o psicanalista” (1987), traz nesta obra contribuições de diversos pesquisadores e autores psicanalistas no desvendar das nuances contidas na relação mãe-bebê.

O autor parte do princípio que:

O desejo de maternidade não inicia no dia em que uma moça [...] decide ter um filho. Ser mãe ou ser pai corresponde a um desejo e para alguns, a uma pulsão universal que aparece desde a mais tenra idade, é certo, nas meninas, mas também nos rapazes. (LEBOVICI, 1987, p. 214)

Esse desejo pode ser observado desde a infância das meninas através de suas brincadeiras, quando com suas bonecas, ou brincando de ser professora, elas compartilham com os amigos e com os irmãos “simulacros de papai e mamãe”, tais brincadeiras sinalizam o desejo de ser mãe.

Essas fantasias também variam de acordo com o período do desenvolvimento e da sexualidade da criança. A princípio prevalece uma concepção sádica, e a evolução da criança segue em direção à percepção do corpo e dos órgãos genitais até a aparição das características sexuais secundárias que abrem para a menina a possibilidade de ficar grávida ou o temor de ficar grávida.

Segundo Lebovici (1987, p. 215), as etapas da sexualidade infantil implicam cuidados maternos e os conflitos e fixações podem ser elaborados e transpostos na gestação e maternidade. Temos como exemplo: “[...] as fixações orais intervirão nos cuidados maternos concernentes ao apetite do bebê [...] Da mesma forma, todos os problemas da analidade intervêm sob um duplo ponto de vista, o da descarga explosiva e de seu controle.”

Mas em termos de fantasia, o filho é para a menina o “preenchimento” da ausência, a busca do que nela falta ou do que ela perde, o que é intensamente vivido no Complexo de Édipo, com a castração, o filho seria o pênis que lhe falta.

As descrições contestadas por Freud sobre a sexualidade da mesma faziam desta decepção o motor de seu afastamento da mãe e da aproximação com o pai. O desabrochar desta situação edipiana atingia a identificação com a mãe e o desejo de ter um filho do pai. A culpabilidade que acompanha estas fantasias é corrigida pelo amor pela mãe, que é idealizado: a vergonha atenua a falta e permite que as fantasias de maternidade continuem a reinar. (LEBOVICI, 1987, p. 215)

As explicações compiladas acima são um resgate feito por Lebovici das discussões mais populares sobre a sexualidade feminina, mostrando a extensão e ubiquidade do desejo de maternidade. Mas adverte “Constatar a generalidade desse desejo de maternidade não é descrever um instinto maternal, mas destacar a extrema importância das fantasias do desejo de maternidade” (LEBOVICI, 1987, p. 215).

Porém, mesmo diante do desejo presente desde a tenra infância, a tarefa das mães não é fácil, e como todas as relações humanas, a relação mãe e bebê é povoada por ambivalências e o ódio aí se inscreve.

A maternidade pode se tornar mais difícil quando o desejo de maternidade não é expandido no desejo da criança que está sendo gestada.

Para compreender melhor a angústia e a ambivalência materna Lebovici (1987), acrescenta a questão do contraste entre a criança imaginária que seria a da gestação e a criança que estará nos braços da mãe.

O bebê nos braços da mãe possui três dimensões, a criança fantástica resultado das fantasias e do desejo desde a infância e precedentes à gravidez, a criança imaginária resultado dos sonhos despertados das fantasias conscientes durante e a criança da realidade que está ali em seus braços com sua extrema dependência e com suas competências extraordinárias, e é pelas inquietudes e encantamentos que essa criança suscita na mãe, que ela é conduzida à criança das fantasias, da vida anterior, do psiquismo e das relações objetais da mãe.

E, assim, tem início o elo entre mãe e bebê, que ocorre porque a mulher vive um estado de particular sensibilidade, estado este que tem fundamentos biológicos e hormonais que não negamos, mas que também é reflexo de um período importante na vida psicológica da mulher, a gestação e o parto.

Para o autor o parto é uma experiência física e psicoafetiva intensa e as mulheres o vivenciam de diferentes formas: dolorosa, prazerosa, triunfante, mas para todas elas é uma experiência em que dor e angústia se potencializam reciprocamente dando lugar a fantasias quanto à integridade do corpo, reativando vivências de punição e/ou perseguição, levando a mulher a um estado de regressão psicoafetiva, “[...] as relações objetais retornam às

modalidades infantis, o investimento narcísico do próprio corpo se intensifica.” (LEBOVICI, 1987, p. 119)

Essa experiência tão intensa é percebida nos relatos das mães “Os testemunhos dos partos são repletos dos temas associados a uma elaboração persecutória da dor e da angústia de morte que o acompanha.” (LEBOVICI, 1987, p. 119)

Mas a dor do parto difere das demais dores por sua finalidade. Essa experiência de superação, de triunfo evocam experiências de despersonalização em alguns casos, com conteúdos persecutórios, mas sem um caráter angustiante, pois a chegada do bebê dá sentido à experiência. E então a experiência do parto fica além de ser somente ansiosa ou dolorosa.

Lebovici (1987), afirma que a vivência do parto é semelhante a de um estado de choque.

Segundo Laplanche e Pontalis (1983) o choque psicológico pode ser definido como um fluxo de excitações excessivo à capacidade de tolerância e elaboração psíquica do sujeito.

Como todo traumatismo afetivo, o choque psicológico do parto, tem efeitos duráveis sobre a vida mental, mas nós consideramos, no caso do parto que esses efeitos podem não ser perturbações, mas um crescimento e um desenvolvimento da vida psicológica do sujeito. (LEBOVICI, 1987, p. 120)

A sensação do deslocamento do bebê para fora do corpo da mulher e a sensação dolorosa do parto, segundo Lebovici (1987, p. 123):

[...] põe termo ao Imaginário de maneira extraordinariamente brutal. O Real faz uma interrupção maciça, terrível, na relação com a criança. Toda experiência dolorosa, confronta com a realidade de seu corpo de uma maneira imperiosa e inevitável e, no parto, a mulher é confrontada com a realidade crua de seu corpo, do corpo do bebê e da relação dolorosa que os une.

Seja a dor física ou psíquica, ela auxilia a mãe a vivenciar a separação, a quebra da simbiose concreta que ela vive na gestação, iniciando assim o reconhecimento mental da separação, pois, após o nascimento mãe e bebê ainda se encontram perdidos um no outro, tal qual veremos a seguir nos conceitos da obra winnicottiana.

Após o parto, a mulher realiza um considerável trabalho psíquico num jogo entre libido narcísica, através das necessidades do seu corpo, seu cansaço, dor e suas reflexões sobre o momento vivido, e a libido objetual e os cuidados com o bebê que a fazem reconhecer suas necessidades vitais. É dos sentimentos gerados nessa oposição de libidos, dos quais o ódio também faz parte que nasce a sensibilidade materna e sua preocupação e ligação com o

bebê. “Os cuidados para com o bebê têm uma de suas origens precisamente na luta contra os efeitos do ódio para repará-los e proteger o bebê”. (LEBOVICI, 1987, p. 124)

Outras experiências são evocadas pelo parto e separação do bebê, segundo o autor, uma delas é a reedição de separações e falhas vivenciadas pela mulher, outra experiência evocada é a separação de sua própria mãe.

O bebê que a mãe recebe, seja parecido com o pai ou com ela mesma, desperta conflitos pré-edípiacos e edípiacos nesta mulher, e ao mesmo tempo atesta a sobrevivência dos avós, e sua simples presença exige da mãe a elaboração de seus conflitos intrapessoais; assim como também uma reorganização de papéis no sistema familiar.

As explicações até aqui realizadas, fizeram menção ao ponto de vista psicodinâmico do trabalho mental que a parturiente enfrenta, a quebra da simbiose, o duelo entre a libido narcísica e a objetual, dentre outras questões; quanto ao plano econômico o trabalho mental da parturiente é comparável ao do luto. Assim, a mulher após o parto, se vê frente à elaboração do luto de sua gestação, de seu corpo grávido, de seu bebê imaginário, perfeito, ideal, de seus desejos e contradições em relação ao bebê e a si mesma como mãe. Então tem como tarefa mental, “atacar” o bebê ideal e permitir acolher em sua vida mental o bebê real recém-nascido. De fato, ocorre aqui uma reorganização do mundo interno para que a mãe possa investir sua energia neste novo objeto.

É em razão deste trabalho de reorganização importante que a mãe quando no período sensível da perturbação psicoafetiva do pós-parto, deve ter pelo menos a ocasião de poder dispensar seus cuidados ao recém-nascido. Pois [...] na eventualidade em que este custoso trabalho de investimento da criança pode ser evitado [...] o aparelho psíquico seguirá sua tendência espontânea de limitar seus gastos energéticos e a diminuir o afluxo das excitações e o trabalho de investimento. (LEBOVICI, 1987, p. 125)

O estado psicológico da parturiente parece ficar plástico em reorganização, e nas horas posteriores ao parto o mundo mental materno se reestrutura incluindo o bebê em sua organização e dinâmica. Assim, de acordo com Lebovici (1987), o processo psicológico do primeiro elo entre a mãe e o recém-nascido é inaugurado pelo parto, pela dor que ele provoca, pela sensibilidade que ele instala na mulher, propiciando a reorganização psíquica desta e o acolhimento do bebê em seu mundo psíquico.

Assim, a tríplice dimensão da criança, a da fantasia, a imaginária e a real “[...] através do espelho deformante dos olhos da mãe, privilegia o que ela introduz de sua vida fantasiosa por suas descrições e associações”. (LEBOVICI, 1987, p. 218-219)

Acrescido a isso, há a capacidade da jovem mãe em se identificar com seu bebê. Tal identificação é importante porque, nos primeiros meses de vida, o bebê desencadeia provocações fantasiosas na mãe e com o passar do tempo a criança se torna capaz de agir e testemunhar sua própria fantasia, utilizando seu pensamento, representações e capacidade.

Lebovici (1987) pontua a ação materna como paraexcitante de acordo com o conceito freudiano em “Além do Princípio do Prazer” (1920) funcionando como uma capa protetora contra as excitações internas do bebê, em um período em que ele não possui um aparelho psíquico isolado, protegido por um sistema defensivo.

Segundo Lebovici (1987, p. 220), a mãe, pelo simples ato de carregar o bebê em seus braços, desencadeia um comportamento de fusão do bebê com seu corpo, pois ela o direciona para seu colo, e também “empresta” detalhes muito próprios a essa relação como “[...] seu odor, os ritmos que ela introduz no diálogo com o bebê, suas palavras e modulações constituem um conjunto de comunicações infra e extraverbaís que participa do banho afetivo [...]” que ela proporciona ao bebê, através de sorrisos, carícias, embalos, vocalizações, beijos e através dos diálogos silenciosos olho a olho com o bebê, nas mais variadas situações.

Desde os primeiros momentos de vida do bebê, a interação com sua mãe utiliza diferentes modalidades de comunicação, a visual, a tátil, a auditiva, a linguagem. E, notadamente, “Na situação de amamentação se acrescenta igualmente uma modalidade específica, a experiência fundamental da sensação de repleção oral e de sucção.” (LEBOVICI, 1987, p. 128). Assim é possível perceber também, que o bebê desempenha muito claramente um papel ativo na interação, e tais investimentos são sustentados pela resposta recíproca da mãe. Essas nuances, integram a vida relacional desses dois seres e provocam repercussão em ambos.

Durante todo o seu texto, Lebovici (1987) recorre a variados pesquisadores da relação mãe-bebê e acrescenta muitas contribuições de um autor muito importante para a compreensão da psicanálise infantil.

“Efetivamente nós demos um lugar particular a Winnicott, porque sua sugestão, que conduziu a pediatria à psicanálise, é muito original; e porque ele fala uma linguagem que admite na psicanálise o corpo da mãe e de seu bebê.” (LEBOVICI, 1987, p. 38)

2.2 WINNICOTT

A idéia central da teoria criada pelo pediatra e psicanalista inglês, Donald Winnicott, após 20 anos de atendimento em pediatria e de inúmeras observações da relação mãe e filho, é de que a forma como nos relacionamos em sociedade tem como ponto original a relação entre mãe e criança, relação essa em que de modo extremamente complexo o mundo representado pela mãe pode vir a auxiliar ou não a tendência inata da criança ao crescimento.

Winnicott (2000) garante à família um lugar claramente definido no desenvolvimento da criança, elegendo a mãe, ou a figura que se dispuser a exercer a função materna, como anfitriã do mundo para o bebê.

Assim, “a saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que fornece um meio ambiente onde os processos complexos, mais essenciais no eu do bebê conseguem completar-se.” (WINNICOTT, 2000/1948, p. 236)

É certo que cada mãe estabelece com seu bebê uma relação única, e os cuidados maternos envolvidos nesta relação acontecem de maneira apropriada porque esta capacidade provém de uma atitude sensível adquirida desde o início da gestação e na medida em que a gravidez avança, e não porque a mãe tenha conhecimento formal sobre como cuidar do bebê; para o autor, os cuidados maternos não são aprendidos em livros ou manuais.

É importante enfatizar que Winnicott (1983/1960), considerava a expressão “instinto maternal” imperfeita demais para abranger as sutilezas da relação entre mãe e bebê.

De acordo com Winnicott (1993/1960), a preocupação materna primária é um estado especial de identificação da mãe, ou de algum substituto, com o bebê, que permite atingir uma percepção muito sensível dos cuidados com o bebê de maneira mais apropriada, e que permite que ela se constitua como um ambiente no início da vida do bebê, que saiba o que se passa com ele, o que ele sente, quando ninguém mais sabe.

O autor conceitua que embora o universo psicológico tenha uma tendência ao desenvolvimento que é inata, como o crescimento do corpo e o desenvolver de certas funções, esse crescimento natural não é observado na ausência de condições suficientemente boas, na ausência de um ambiente suficientemente bom, de uma mãe suficientemente boa.

Após o nascimento, conforme relata Winnicott (2000/1948), a vida do recém-nascido é governada por sensações de prazer e desconforto, necessidade e satisfação dessa necessidade, e a figura materna através de seus cuidados proporciona sensações de satisfação e remove as sensações de desconforto. Quando o bebê tem suas necessidades compreendidas

e está confortavelmente aquecido, bem alimentado, ele retira seu interesse do mundo real (objetivo) e adormece. Quando o inverso ocorre, e ele está faminto, com frio, úmido de xixi, com desconforto provocado por sensações gástricas desagradáveis ele ‘se comunica’ com o mundo exterior, assim é perceptível que a relação com o objeto acontece atrelada às necessidades corporais.

Winnicott (2000/1948) propõe que a princípio trata-se apenas de necessidades físicas, o bebê possui necessidades que são satisfeitas pela mãe, mas à medida que o tempo passa, gradativamente o bebê se desenvolve e passa a apresentar uma capacidade de elaboração imaginativa das experiências físicas, assim, emerge uma psicologia, uma atividade mental, um psiquismo, e as necessidades corporais transformam-se em necessidades do ego.

Até que o bebê atinja esse período, existe uma condição que poderia ser descrita como independência absoluta, pois para o bebê não há qualquer sensação de sentimento de dependência ou necessidade da mãe, e ao mesmo tempo um período de uma dependência absoluta.

Com base nas considerações winnicottianas, torna-se possível apontar que nos primeiros estágios a função materna se compõe de três “tarefas”: Holding, Handling e Apresentação do objeto.

“O *holding* tem muita relação com a capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê. Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um *holding* deficiente.” (WINNICOTT, 1993/1960, p. 27)

O bebê não percebe a ausência de *holding*, ele simplesmente vive uma aflição, uma sensação de despedaçamento, de desproteção, de queda no espaço, um sentimento de que o ambiente exterior não pode ser usado para reconfortá-lo internamente. Além de sentir outras ansiedades psicóticas.

O *holding* é descrito por Winnicott (1993/1960), como um período em que a mãe, protege o bebê da agressão fisiológica, funcionando como uma barreira aos estímulos excessivos ao frágil bebê no início da vida; leva em conta a sensibilidade cutânea, o não conhecimento do mundo, da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo, pois neste período o ambiente/mundo nada mais é que a rotina completa de cuidados adequados ao bebê, o *holding* é principalmente um “em torno”, um contorno, uma forma de tocar. É uma forma de proteção física que acaba por ser consequentemente uma proteção psíquica.

Segundo o autor, a mãe exerce o *holding* (continência) desde a gestação, concedendo ao bebê o tempo que este necessita para que amadureça antes de enfrentar a primeira separação inevitável: o nascimento, que consiste em uma separação física.

O *holding* representa, na visão de Winnicott, uma expressão de cuidados da mãe para com seu bebê que é ao mesmo tempo físico e simbólico: a capacidade de segurar o bebê e fornecer “em torno”, sustentação e uma relação confiável.

O *handling* também faz parte das funções maternas; ele “[...] facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança. Isso contribui para a formação do sentido do “real”, por oposição ao “irreal”. A manipulação deficiente trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada “coordenação”, e também contra a capacidade de a criança gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER.” (WINNICOTT, 1993/1960, p. 27)

Winnicott (1993/1960) aponta também como tarefa materna a apresentação do objeto, que é tornar real o impulso criativo infantil, permitir ao bebê relacionar-se com objetos, o que o leva a sentir-se real, parte do mundo, com vários objetos.

Essa função se inicia com a apresentação do seio materno ou da mamadeira. Devido à extrema imaturidade do bebê, essa primeira forma de alimentação não assume *a priori* o significado de uma experiência emocional, mas com o desenvolvimento da tensão pulsional, nos momentos de fome, ou de alguma outra necessidade, o bebê, passa a esperar alguma coisa que realmente surge, é quando entra em cena (ou deveria entrar) a mãe que providencia alimento certo nos momentos adequados; junto com o alimento, vem também o seio¹ que é colocado de maneira que o bebê possa encontrá-lo, e além do alimento e do seio, há outros detalhes, como cheiro, imagem, textura, calor, e ritmo dessa mãe.

Quando a mãe se adapta ao impulso do bebê, acaba permitindo que este tenha a ilusão de que o seio é uma parte dele, criado por ele, como se ele tivesse um controle mágico da situação, cria-se assim o sentimento de onipotência no bebê, essa vivência não é apenas uma experiência física de satisfação instintiva, mas é também uma ligação emocional, e assim tem início a crença na realidade.

Assim, afirma Winnicott (2000/1951) que, gradualmente, com o relacionamento entre mãe e bebê, com a amamentação e suas inúmeras repetições, o bebê passa a perceber detalhes da mãe, que serão utilizados na criação do objeto, num processo ilusório de que existe uma realidade externa correspondente à capacidade de criar.

A mãe permite essa ilusão do bebê: ela faz seu trabalho sendo, simplesmente devotada, sua tarefa, é proporcionar contato, calor corporal, é colocar-se à disposição do bebê para ser sentida de todos os modos possíveis, através de sua existência, de seu cheiro, de sua

¹ O chamado ‘seio da mãe’ para Winnicott (2000/1951), um termo que inclui toda a técnica de maternagem, não fazendo diferença se essa técnica se iniciou com amamentação no seio ou com mamadeira.

respiração, seu ritmo cardíaco, sendo movimento e quietude de acordo com as necessidades do bebê, amando-o de um modo físico.

O seio é recriado inúmeras vezes pelo bebê a partir de sua necessidade, de seu amor. “Desenvolve-se então um fenômeno subjetivo dentro do bebê, que podemos chamar de ‘seio da mãe.’” (WINNICOTT, 2000/1951, p. 327).

O chamado ‘seio da mãe’ é para Winnicott, um termo que inclui toda a técnica de maternagem, não fazendo diferença se ele é o seio da mãe ou uma mamadeira. Sobre o seio criado pelo bebê a mãe coloca o seio real, no exato momento da necessidade do bebê.

A princípio não existe um intercâmbio entre a mãe e seu filho; psicologicamente pode-se dizer que o bebê mama num seio que é parte dele mesmo e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma, num conjunto ambiente-indivíduo, onde o bebê é o indivíduo e a mãe o ambiente o qual deve ser bom para que o ocorra o desenvolvimento do bebê.

Para proporcionar qualidade psíquica e biológica ao desenvolvimento, com o nascimento do bebê, ele e a mãe convertem-se em um só, numa ilusão de unidade indivisível partilhada por ambos, onde “perdem-se um no outro”. O que levou Ogden (1989), psicanalista norte-americano, em estudos sobre a teoria winnicottiana, a referir que não é possível considerar a vida infantil sem o ambiente, e nesse contexto, a unidade mãe-bebê é também unidade ambiente-indivíduo. Não há como descrever um bebê sem descrever sua mãe, seu ambiente.

É a mãe quem proporciona ao bebê a capacidade de ilusão, de maneira tão bem-sucedida que a passagem à próxima tarefa, o desmame ou a gradual desilusão, torna-se mais simples.

Para Winnicott (2000/1948), a melhor maneira de definir o desmame é a desilusão gradual, pois esta é a quebra da onipotência do bebê, são os primeiros contatos com a experiência de frustração que o bebê vivencia.

Quando tudo vai bem, no desenvolvimento do bebê, é sinal de que o palco está pronto para as frustrações que costumamos elencar a respeito do desmame entrarem em cena. Esse importante estágio do crescimento saudável é complementar à amamentação.

O desmame requer um manejo cuidadoso; a partir dele, torna-se possível ao bebê a capacidade de sentir tristeza e reagir à perda de um modo organizado, permitindo à criança a condição de se recuperar com o tempo, vivência fundamental para o enfrentamento de outras vivências ao longo da vida.

De acordo com Winnicott (2000/1951), é por conta desse período, que a maior questão do ser humano é lidar com a questão do que é real e do que é ilusório. Mesmo assim,

o processo de aceitação da realidade jamais se completa, e é um movimento constante do ser humano buscar alívio da tensão entre mundo interno e externo em uma área intermediária de experiências, liberta de questionamentos e regras sociais.

Essa área intermediária, entre interno e externo, real e imaginário, é observada no brincar das crianças, que a princípio encontram-se ‘perdidas’ em suas brincadeiras, que lhes permitem se sustentar durante a difícil experiência de desilusão.

Winnicott (2000/1951) percebeu, através da observação de crianças, que a criança escolhe algo que está a seu alcance, uma fralda que ela chupa ou retira fiapos, com a qual se acaricia ou realiza atividades que lhe oferecem algum prazer como balbuciar, cantarolar, enfim, realiza atividades que envolvam objetos transicionais – fraldas, bichinhos de pelúcia - (WINNICOTT, 2000/1951) ou atividades como balbuciar, chupar o polegar, essas atividades, acontecem em momentos em que o bebê poderia se sentir angustiado. Tais atividades e/ou objetos pertencem a uma área intermediária, entre o mundo interno e o externo, ilusão e realidade, entre a mãe e o mundo, assim cria-se um espaço transicional.

Os objetos transicionais descritos por Winnicott (2000/1951): fraldas e bichinhos de pelúcia são provas palpáveis para atestar a existência do espaço transicional, e têm um significado: representam a mãe, a tranquilidade que ela oferece, e auxiliam quando o bebê começa a perceber a mãe como uma coisa externa, separada.

Os fenômenos transicionais ajudam a criança a se desprender do ambiente materno, caminhando em direção ao real que a desafia; é um auxílio no enfrentamento da falha materna. Afinal, para o pediatra e psicanalista inglês a ‘mãe’ suficientemente boa é a que se adapta ativamente às necessidades do filho e que gradualmente diminui tal adaptação, de acordo com a crescente capacidade que a criança adquire dia após dia de suportar as falhas na adaptação materna e de tolerar os resultados da frustração.

A experiência com objetos transicionais, com essa área intermediária constitui a maior parte da experiência do bebê e se mantém como um lugar criativo, o lugar das experiências intensas no campo da arte, imaginação, religião e até mesmo do trabalho científico. Assim, com o tempo, o objeto transicional vai sendo descateixizado, ou seja, a criança investe menos energia nele à medida que os interesses se direcionam para a cultura.

O bebê suporta a falha materna utilizando recursos como o espaço transicional que compartilha em si o real e o ilusório, através das experiências vivenciadas e sempre frequentes de satisfação das necessidades e frustração que lhe dão a sensação de que existe um limite para a frustração, que ela termina, que não durará para sempre. E o lidar com frustrações e

satisfações, dentro de um limiar suportável, leva o bebê a desenvolver recursos internos para suportar as frustrações causadas pela falha materna.

A falha materna também é importante para a atividade mental do bebê, para a construção da memória, da integração, pois se tudo vai bem, o bebê obtém ganhos com a experiência de frustração, pois é a adaptação incompleta à necessidade que torna os objetos reais, ou seja, que permite ao bebê odiar e amar os objetos com os quais se relaciona, sendo que a primeira relação objetal do bebê, é a relação que estabelece com a mãe.

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para e além da identificação primária a não ser que exista uma mãe suficientemente boa.

Naturalmente, a mãe propriamente dita tem maiores possibilidades de ser suficientemente boa do que uma outra pessoa, pois essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e livre de ressentimentos. De fato, o sucesso ao cuidar de um bebê depende mais da devoção do que da inteligência ou do conhecimento. (WINNICOTT, 2000/1951, p. 326)

De acordo com Winnicott (2000/1949) é também, parte da tarefa materna, tolerar a falta de integração do ego do recém-nascido, “seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo” (WINNICOTT, 2000/1948, p. 238) e seus ataques. Por esse motivo, é importante que a maternagem ocorra adequadamente.

A maternagem adequada oferece simultaneamente proteção ao bebê contra o inesperado, um mundo desconhecido e também protege a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir.

Cabe à mãe deixar ao bebê um “espaço” para que ele comece a se desenvolver, não acelerar o seu desenvolvimento, permitir, capacitá-lo a apropriar-se de si e do seu tempo, acompanhá-lo nesse tornar-se consistente, tornar-se um ser, encontrar a si mesmo, e encontrar o mundo que conhecemos, a ter o sentimento de um existir interno e pessoal.

[E...] como poderia alguém que não esteja na posição da mãe, e que não tenha o amor de mãe conhecer o bebê suficientemente a ponto de proporcionar um enriquecimento gradual na quantidade adequada para estimular a cada capacidade crescente, mas não em demasia a ponto de causar confusão? (WINNICOTT, 2000/1948, p. 238)

Mas há que se levar em consideração, que a função materna para Winnicott (2000/1947), não é constituída apenas de amor, compreensão, cuidados; a maternagem também gera sentimentos como raiva, ódio, caracterizando a ambivalência materna.

Antes mesmo dos ataques de ódio do bebê, a mãe já o odeia. Winnicott (2000/1947) relata que o amor materno é forte e real, mas podemos pensar que igualmente forte são os demais sentimentos, até mesmo o de ódio.

Há inúmeros motivos citados pelo autor que justificam esse ódio. “A mãe [...] odeia o seu bebê desde o início.” (WINNICOTT, 2000/1947, p. 285) O bebê não é uma concepção mental da mãe, ele não é exatamente o bebê das brincadeiras de sua infância, não é o filho ‘fantasiado’ com o pai ou o irmão. Ele não é produzido magicamente, e durante a gestação e o parto, representou um perigo - quase real – para seu corpo.

Winnicott (2000/1947) elenca outros motivos que inspiram o sentimento de ódio nas mães, como por exemplo, no momento da amamentação, o bebê ao sugar (princípio da mastigação) machuca os mamilos da mãe, tenta machucá-la, volta e meia a morde. O mesmo bebê amado é aquele que oferece obstáculos à rotina construída pela mãe antes de sua chegada, é aquele que gera transtornos para efetuar sua ocupação anterior e interfere na sua vida privada. Ela tem que amá-lo com suas excreções e tudo o mais, até que ele tenha possibilidades de cuidar de si. Ela tem que lidar com o ‘amor interesseiro’ onde, o mesmo a procura quando precisa dela e ao conseguir, retorna seu investimento para si.

O fato de se estabelecer a relação entre a mãe e o bebê, no ritmo do desenvolvimento deste, é ele quem dita as regras e cabe à mãe protegê-lo de coincidências, permitir que a sua vida também flua no ritmo dele, e isso exige muitos recursos maternos pois é um trabalho contínuo. No início, o bebê não percebe o que a mãe faz por ele, os sacrifícios necessários no seu cuidado. A princípio não existe um intercâmbio entre a mãe e seu filho.

O bebê também recusa a comida preparada pela mãe, levando-a a duvidar de si mesma. Ou quando, depois de uma manhã difícil o bebê sorri para um estranho na rua.

A mãe teme a falha inicial com o filho, pois sabe que isso irá gerar vinganças constantes. Ele a deixa feliz e a frustra. E mesmo com as exigências de ser mãe ela não deve ficar ansiosa ou insegura.

A mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a esse respeito. Ela não pode expressá-lo para ele. No caso de temer a sua própria reação, ela não conseguirá odiar adequadamente quando machucada, e poderá cair no masoquismo, e a meu ver é isto que leva à falsa teoria de um masoquismo natural às mulheres. O ponto mais interessante a respeito da mãe é a sua capacidade de ser tão agredida e sentir tanto ódio por seu bebê sem vingar-se dele, e sua aptidão para esperar por recompensas que podem vir ou não muito mais tarde. (WINNICOTT, 1947, p. 286).

Winnicott (2000/1947) aponta inclusive o conteúdo das canções de ninar, cantadas há várias gerações para os bebês, como uma forma de expressar um pouco da dificuldade e dos sentimentos maternos ambivalentes, pelas exigências da maternagem. Tudo isso sob melodias doces e com letras que contêm palavras assustadoras que por sorte o bebê não compreende.

O sentimentalismo não tem utilidade na criação de um bebê, pois o bebê só pode expressar seu ódio em um ambiente que também expressa sentimentos ruins.

“Não creio que uma criança humana ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar.” (WINNICOTT, 2000, p. 287)

Mas nessa realidade saudável, onde mãe e bebê se relacionam dentro de um mesmo ritmo, há dois tipos de distúrbios maternos que podem afetar a relação.

Num extremo temos a mãe, cujos próprios interesses têm caráter tão importante, tão compulsivo dos quais ela não consegue abrir mão ou abandoná-los, sendo incapaz de mergulhar nessa extraordinária experiência da maternidade, e que o autor compara com um estado doentio, embora seja indicador de saúde; é como se essa mãe nunca pudesse “desmamar” o bebê, sendo este desmame no sentido de desligamento, porque não se estabeleceu uma ligação firme. Em outro extremo, há a mãe que sempre está preocupada, uma preocupação patológica, abdicando de seu self e direcionando para a criança, e que permanece identificada ao seu bebê por um período longo demais, sendo incapaz, ao contrário do caso acima, de “desmamar” ou então desmamando-o abruptamente, num rompimento brusco substituindo o investimento e dedicações excessivas ao bebê pelas preocupações que tinha anteriores ao nascimento.

É importante lembrar que durante o período de cuidados com o bebê, a mãe está vivendo um estado de preocupação primária, que se assemelha a um estado doentio, que assim seria considerado se não houvesse bebê, e que por isso ela se encontra vulnerável. Esse momento especial, não é percebido porque existe algum tipo de proteção organizado provavelmente pelo marido, que concede um “em torno” à mãe, para que ela possa oferecer um “em torno” ao bebê, numa relação especial entre criança e mãe.

Em uma eventual ruptura das forças protetoras que circundam a mãe, constata-se uma mulher vulnerável, que podemos facilmente vincular esse estado aos transtornos puerperais. O desenvolver da preocupação materna primária e o retorno à atitude normal em relação à vida, ao self, podem produzir outras enfermidades na mãe, que fatalmente atingem o desenvolvimento do bebê.

Lebovici e Winnicott referem-se à mãe como fundamental na qualidade do desenvolvimento infantil. Lendo as linhas pertencentes à teoria desses autores, encontramos uma mãe naturalmente capaz, ou que deveria ser capaz de gerar e cuidar adequadamente de seu bebê, considerando a maternagem, como algo natural à mulher.

Este capítulo colocado propositalmente após o primeiro que trata das mudanças da feminilidade e maternidade ao longo do tempo, nos permite perceber que essa visão se associa às concepções sociais, econômicas e até mesmo políticas da criação da psicologia e em especial da psicanálise, e que também estão próximas a uma imagem romantizada da maternidade ainda presente no mundo contemporâneo.

As mães, citadas por Lebovici e Winnicott, não são as mesmas que hoje trabalham fora, aprimoram seus conhecimentos para o mercado de trabalho, cumprem os horários de trabalho e retornam para suas casas superando seu cansaço e angústias para doar-se aos filhos.

Segundo Badinter (1985), “Com Winnicott e seus seguidores, chegamos ao auge das responsabilidades maternas, e, em contrapartida a um sentimento difuso de culpa” (BADINTER, 1985, p. 313); a autora afirma que com a difusão das idéias da Psicanálise a mãe foi promovida a “grande responsável” pela saúde psíquica, física e felicidade de seu filho. Exaltando-se assim a nobreza do ato de ser mãe e por consequência condenando-se as que não realizam tal ato com perfeição.

As idéias apresentadas complementam-se com o contato com a teoria da psicanalista inglesa Parker (2003), que reafirma a influência do pensamento psicanalítico sobre as práticas sociais e culturais, e dentre estas, a criação dos filhos.

Parker (2003) afirma que existe um movimento dialético, pois as idéias psicanalíticas são produto das práticas sociais e culturais e têm sobre as mesmas, uma influência normativa.

A autora observa que “[...] Pensar sobre o ato de ser mãe exige que tenhamos em mente muitas interações complexas de realidade interna e externa [...] como as representações culturais e públicas do bom e do mau exercício da maternidade interagem com os significados emocionais incomuns, pessoais e particulares que a maternidade encerra para [cada] mulher”. (PARKER, 2003, p 14)

3 PERCURSOS TEÓRICOS PELA AMBIVALÊNCIA MATERNA

Para melhor compreensão do termo ambivalência, realizamos um recorte da obra de Freud, extraindo alguns textos importantes à constatação do uso e a evolução do conceito de ambivalência na obra freudiana.

3.1 FREUD

Soubemos através da leitura do texto “Um estudo autobiográfico” (1925) que Freud atribui a Breuler a criação do conceito de ambivalência. E em nota de rodapé do texto “Instintos e suas vicissitudes” (1915) consta que o termo ambivalência segundo Breuler (1910) assumiria três formas:

[...] (1) ambivalência emocional, isto é oscilação entre amor e ódio, (2) involuntária, isto é, incapacidade para decidir quanto a uma ação, e (3) intelectual, isto é, crença em proposições contraditórias. Freud em geral, utiliza o termo no primeiro dos sentidos. (BREULER, 1910 apud, FREUD, 1915, p 152)

Um exemplo de uso do conceito de ambivalência emocional é encontrado em “Totem e Tabu” (1913), onde há um subtítulo denominado: Tabu e Ambivalência Emocional.

Neste subtítulo o autor relata um caso clínico de ‘fobia de toque’, onde afirma persistirem duas tendências opostas em relação ao mesmo objeto: o conflito entre desejo e proibição, conflito este, que não pode ser prontamente solucionado porque não há outra forma de expressá-lo. Freud aponta que é a ambivalência (desejo – proibição) que transforma o desejo em tabu e o faz permanecer, gerando consequências à vida social e ao psiquismo do paciente.

Ainda em “Totem e Tabu” (1913), propõe que o exemplo clássico de ambivalência das emoções humanas é observado nos casos de ligação emocional intensa com uma pessoa, onde descobrimos que por trás do amor expresso há uma hostilidade inconsciente. Freud (1913) afirma que a ambivalência emocional é inata, presente em maior ou menor grau, e quando existe em abundância, expressa-se onde menos esperaríamos encontrá-la, manifesta-se na relação da pessoa com aqueles de quem a pessoa mais gosta.

Em outro subitem de “Totem e Tabu: Retorno do Totemismo na infância” (1913), Freud assinala que embora não se saiba nada sobre a origem da ambivalência emocional - a existência simultânea de amor e ódio dirigidos ao mesmo objeto – é possível pressupor que ela seja um fenômeno fundamental da vida emocional; mas considera outra possibilidade: que esta foi adquirida pela raça humana em conexão com o complexo-pai. Assim, de acordo com Freud (1913) costumes, cerimônias e dogmas são herança da relação original com o pai e a “criação” da religião, da moral, da sociedade e da arte seriam formas de lidar com a ambivalência emocional provocada pela figura paterna.

Freud associa a ambivalência ao conflito entre o amor e ódio dirigido à figura paterna, o que se reflete em figuras correlatas como as figuras de autoridade. É uma forma que o autor apresenta de lidar com esses sentimentos conflitantes é a construção de uma afeição intensificada e assim o sentimento oposto desaparece. A afeição exagerada e seu caráter compulsivo, por si só, traem o fato de que não é a única presente, mas alerta que essa foi a maneira encontrada para manter o sentimento oposto sob supressão.

Em “O Instinto e suas vicissitudes” (1915) Freud utiliza o termo ambivalência, neste artigo, no sentido de ambivalência instintual: os impulsos instintuais estão sujeitos a três grandes polaridades que dominam a vida mental: a biológica determinada pela relação atividade - passividade, a realidade determinada pela relação ego - mundo externo, e a polaridade econômica determinada pela relação prazer-desprazer.

Podemos observar que aqui começa a se esboçar uma mudança no pensamento freudiano, pensando não somente no caráter topográfico mas econômico direcionando-se ao estudo da pulsões.

Freud (1915), ao investigar as origens do amor e do ódio, inicia a investigação pelo amor, pontuando-o originalmente como auto-erótico, narcisista e posteriormente em direção a objetos que são diferentes fontes de prazer.

As fases preliminares do amor surgem como finalidades sexuais provisórias enquanto os instintos sexuais passam por seu complicado desenvolvimento. Reconhecemos a fase de incorporação ou devoramento como sendo a primeira dessas finalidades — um tipo de amor que é compatível com a abolição da existência separada do objeto e que, portanto, pode ser descrito como ambivalente. Na fase mais elevada da organização sádico-anal pré-genital, a luta pelo objeto aparece sob a forma de uma ânsia (*urge*) de dominar, para a qual o dano ou o aniquilamento do objeto é indiferente. O amor nessa forma e nessa fase preliminar quase não se distingue do ódio em sua atitude para com o objeto. Só depois de estabelecida a organização genital é que o amor se torna o oposto do ódio. (FREUD, 1915, p. 160)

Ao investigar o ódio, Freud (1915) afirma:

O ódio enquanto relação com objetos é mais antigo que o amor. Provém do repúdio primordial do ego narcisista ao mundo externo com seu extravasamento de estímulos. Enquanto expressão da reação do desprazer evocado por objetos, sempre permanece numa relação íntima com os instintos autopreservativos, de modo que os instintos sexuais e os do ego possam prontamente desenvolver uma antítese que repete a do amor e do ódio. Quando os instintos do ego dominam a função sexual, como é o caso na fase da organização anal-sádica, eles transmitem as qualidades de ódio também à finalidade instintual. (FREUD, 1915, p. 161)

E prossegue apresentando a justificativa da existência do amor que frequentemente se manifesta ambivalente:

A história das origens e relações do amor nos permite compreender como é que o amor com tanta freqüência se manifesta como ‘ambivalente’ — isto é, acompanhado de impulsos de ódio contra o mesmo objeto. O ódio que se mescla ao amor provém em parte das fases preliminares do amar não inteiramente superadas; baseia-se também em parte nas reações de repúdio aos instintos do ego, os quais, em vista dos freqüentes conflitos entre os interesses do ego e os do amor, podem encontrar fundamentos em motivos reais e contemporâneos. Em ambos os casos, portanto, o ódio mesclado tem como sua fonte os instintos autopreservativos. Se uma relação de amor com um dado objeto for rompida, freqüentemente o ódio surgirá em seu lugar, de modo que temos a impressão de uma transformação do amor em ódio. Esse relato do que acontece leva ao conceito de que o ódio, que tem seus motivos reais, é aqui reforçado por uma regressão do amor à fase preliminar sádica, de modo que o ódio adquire um caráter erótico, ficando assegurada a continuidade de uma relação de amor (FREUD, 1915, p. 161)

Em “Além do princípio do prazer” (1920), ocorre a apresentação da descrição metapsicológica, com introdução do ponto de vista econômico na teoria psicanalítica, além dos já apresentados ponto de vista topográfico (inconsciente, pré-consciente e consciente) e dinâmico (inconsciente, ego e superego).

Com base no ponto de vista econômico, Freud atribuiu grande importância ao princípio do prazer, apontando que se fosse possível a humanidade viveria em busca de experiências prazerosas. Porém, a realidade e nosso equipamento mental tornam isso impossível. Essa observação da realidade levou Freud à conclusão de que o princípio do prazer não era a força mais poderosa atuante em nossa mente, por motivo de autopreservação o que rege a mente é o princípio de realidade que não abandona a intenção própria do princípio do prazer, mas efetua um adiamento da satisfação, exercitando uma tolerância temporária da insatisfação como um caminho a ser seguido para a obtenção de prazer.

De acordo com as idéias presentes neste texto, viver sob o império do princípio do prazer é viver regido pela constância; qualquer evento que aumente a quantidade de excitação no aparelho mental é sentida como desprazer.

Freud (1920) aponta que os instintos são as maiores fontes de excitação interna, assim, a libido de nossos instintos sexuais, seriam Eros em nosso psiquismo, instintos ou pulsões de vida, a força que nos mantém vivos, e o princípio do prazer e sua tendência a libertar inteiramente o aparelho mental de excitações ou mantê-la mais baixa possível, na realidade serve aos instintos ou pulsões de morte, destrutivos, que buscam recuperar o estado original dos componentes do universo.

Assim, Freud (1920) pontua que nossa mente vivencia constantemente a luta entre Eros e Tanatos, vida e morte.

No texto “Sexualidade Feminina” (1931), Freud traz a reflexão de que não se pode afirmar que seja uma lei universal que o amor por uma pessoa esteja sempre acompanhado pelo ódio, ou vice-versa. Para o psicanalista, adultos normais conseguem separar as atitudes amorosas das odiosas. Mas essa separação não acontece nas primeiras fases da vida erótica, para o autor, em funcionamentos primitivos a ambivalência é regra, e algumas pessoas mantêm esse traço arcaico no decorrer de sua vida.

Freud, em “Mal Estar na Civilização” (1930), trata de amor, paixão e ambivalência amor e ódio ou entre os instintos de vida e de morte, e afirma que a ambivalência está na raiz de instituições culturais importantes em nossa sociedade.

O mal-estar na civilização, na realidade, é o sentimento de culpa produzido pela civilização e que permanece inconsciente. De acordo com o texto, a agressividade é um instinto natural do homem, esse instinto agressivo é o principal representante do instinto de morte que está sempre em um inter-jogo com o Eros, ou o instinto de vida. Assim a espécie humana vivencia a constante luta entre vida e morte, em constante atenção para dominar os instintos agressivos através dos pactos criados pela civilização.

Freud (1930) afirma que o sentimento de culpa que faz parte de nossa vida, se origina no Complexo de Édipo, que é o resultado de uma ambivalência primordial de sentimentos em relação ao pai; é a prova de que em nossas relações mantemos sentimentos odiosos e amorosos, permitindo que o amor viesse a primeiro plano por remorso.

A culpa, para Freud (1930), é a expressão da ambivalência, resultado do conflito colocado em ação quando os homens se defrontam com a tarefa de viver juntos, uma vez que o amor, ou a energia libinal do homem é primordialmente narcísica, voltada para si, “egoísta”,

voltada ao próprio ego, visando à autopreservação, e depois é dirigida ao outro, tal qual é afirmado em todas as teorias sobre o desenvolvimento mental na infância.

Assim, a definição do que é bom ou mau é realizada a partir do momento que se nota que o mau é a ameaça da perda do amor do outro, do qual se é dependente, desde o momento em que a energia libidinal é “retirada” do ego e “investida” no objeto, no outro.

Com este recorte da obra de Freud pudemos observar que o texto “Além do Princípio do Prazer” de 1920, pode ser considerado um marco divisor dos estudos freudianos.

Até a apresentação das idéias contidas no texto acima referido, Freud fundamentava sua obra no que denominamos Primeira Tópica, que conta com sua primeira teoria sobre o aparelho psíquico, o qual era dividido em: Inconsciente, Pré-Consciente e Consciente. É durante a primeira tópica, também, que o autor nos apresenta sua primeira teoria dos instintos, dividindo-os em instintos sexuais e instintos do ego. Durante a primeira tópica, Freud relaciona a ambivalência ao Complexo de Édipo - à figura paterna - que é objeto de amor e ódio do filho. Nesta relação ambivalente é comum o amor se intensificar deixando ao ódio o segundo plano; desta forma a existência do amor nos aponta a existência lógica do ódio latente.

Ao afirmar o que existe além do princípio do prazer (1920), surgem as primeiras idéias do que denominamos Segunda Tópica que nos traz a segunda teoria sobre o aparelho psíquico então dividido em Id, Ego e Superego e, também, a segunda teoria dos instintos que foram divididos em instintos de vida e morte. Inaugura-se uma nova visão de ambivalência, a eterna luta entre vida e morte, ou amor e destrutividade, sendo o ódio próprio da existência humana e da existência da organização social.

De acordo com a ordem cronológica das teorias psicanalíticas, é relevante agora um recorte teórico das idéias de Melanie Klein, cujos conceitos são de grande importância à discussão da ambivalência, uma vez que esta psicanalista complementou as idéias de Freud, com suas idéias e sua compreensão do inconsciente infantil.

3.2 MELANIE KLEIN

A psicanalista austríaca naturalizada britânica, Melanie Klein, atribuiu grande relevância ao conceito de ambivalência em sua teoria; desta forma, a análise de seus textos podem ser especialmente úteis à reflexão que realizamos sobre a ambivalência materna.

Em seu artigo “Amor, Culpa e Reparação” (1996/1937), a autora discute aspectos das emoções que permanecem em constante interação na mente humana: o impulso de ódio, a voracidade e a agressão, e o impulso reparador e o amor.

Para Klein:

O primeiro objeto de amor e ódio do bebê – a mãe – é ao mesmo tempo desejado e odiado com toda intensidade e força característica dos anseios arcaicos da criança. Muito no início, esta ama a mãe no momento em que ela satisfaz suas necessidades de alimentação, aliviando seus sentimentos de fome e lhe oferecendo o prazer sensual que obtém quando sua boca é estimulada a chupar o peito [...] Mas quando o bebê está com fome e seus desejos não são atendidos, ou quando sente dor e desconforto físicos, a situação imediatamente se altera. Surgem sentimentos de ódio e agressividade, e ele é tomado por impulsos de destruir a mesma pessoa que é o objeto de todos seus desejos e que, em sua mente está ligada a tudo aquilo que está sentido – seja bom ou ruim. (KLEIN, 1996/1937, p. 347)

Quando o bebê tem seus desejos satisfeitos pela mãe, logo reage a essas gratificações e ao seu carinho criando sentimento de amor em relação à mãe. Mas mesmo “[...] esse primeiro amor já é perturbado em suas raízes por impulsos agressivos.” (KLEIN, 1996/1937, p. 348)

Estas experiências emocionais de amor e ódio em relação ao objeto, fruto da interação entre a vida pulsional e a realidade externa, são vivenciadas pelo bebê de forma distinta ao longo do desenvolvimento. Neste sentido, Melanie Klein apresenta duas formas normais de organização da personalidade denominadas posição *esquizo-paranóide* e *depressiva*, as quais que apresentam configurações distintas de ansiedade defesas e formas específicas de relação de objeto.

Klein (1991/1946) utiliza a denominação “posição” e não fase ou estágio, com o intuito de afirmar que existem flutuações entre a posição esquizo-paranóide e a depressiva, e que essas flutuações fazem parte do desenvolvimento normal, a modificação de uma posição a outra “é um processo gradual e os fenômenos das duas posições permanecem por algum tempo entrelaçados e interagindo em alguma medida.” (KLEIN, 1991/1946, p. 35) Conforme a teoria kleiniana existirá posição esquizoparanóide e depressiva também na idade adulta.

Melanie Klein denominou o estado de mente vivenciado pelo bebê nos primeiros meses de vida, de posição esquizo-paranóide. Neste estado, através da fantasia do bebê, a mãe está dividida em objetos parciais: uma mãe persecutória outra mãe idealizada. Essa vivência se deve à incapacidade da criança de reconhecer que a mãe que ela ama por gratificá-la e a mãe que ela odeia por frustrá-la são a mesma pessoa.

Para a autora, desde muito cedo: “O amor e o ódio lutam entre si na mente da criança; essa luta continua presente de certa forma pelo resto da vida e pode se tornar fonte de perigo nas relações humanas.” (KLEIN, 1996/1937, p. 349).

Os impulsos e sentimentos do bebê são sempre acompanhados por uma atividade mental muito primitiva: as fantasias arcaicas. Dessa forma, podem ocorrer duas situações: o bebê é capaz de imaginar a gratificação de um desejo, ou mesmo, uma satisfação real pode trazer consigo fantasias agradáveis, assim como um desejo frustrado pode ser acompanhado de fantasias muito destrutivas.

Uma característica muito importante dessas fantasias destrutivas, que equivalem a verdadeiros desejos de morte, é que o bebê sente como se aquilo que desejou nas suas fantasias realmente tivesse acontecido; ou seja, ele se sente como se realmente tivesse destruído o objeto [...] encontra apoio contra esses medos em fantasias onipotentes de caráter restaurador [...] Se nas suas fantasias agressivas o bebê feriu a mãe ao mordê-la e despedaçá-la, ele logo cria fantasias em que está juntando os pedaços novamente, restaurando-a. (KLEIN, 1996/1937, p. 349)

Após vivenciar os sentimentos de amor e ódio de forma cindida, o ego passa por um processo de integração que resulta no reconhecimento da integração do objeto e, por conseguinte, na percepção de que este objeto é signatário tanto do amor quanto da agressividade.

Para Klein (1996/1937, p. 352):

[...] quando surgem conflitos entre amor e ódio na mente do bebê, e o medo de perder o objeto amado entra em ação, ocorre um avanço muito importante no desenvolvimento. [...] Tanto na mente inconsciente da criança quanto na do adulto, ao lado dos impulsos destrutivos há uma profunda ânsia de fazer sacrifícios, a fim de ajudar e restaurar as pessoas amadas que foram feridas ou destruídas na fantasia.

A esse avanço no desenvolvimento Klein, em seu artigo denominado “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides” (1991/1946), denomina como posição depressiva. Durante a posição depressiva,

[...] os aspectos amados e odiados da mãe não são mais sentidos como tão separados, e o resultado é uma intensificação do medo da perda, estados afins ao luto e um forte sentimento de culpa, porque os impulsos agressivos são sentidos como sendo dirigidos contra o objeto amado. A própria experiência dos sentimentos depressivos, por sua vez, têm por efeito uma maior integração do ego, que resulta numa maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, como também entre situações internas e externas. (KLEIN, 1991/1946, p. 33)

Assim, a ambivalência é um sentimento que ganha particular expressão na posição depressiva, na medida em que a ansiedade depressiva, decorrente do reconhecimento dos impulsos libidinais e agressivos dirigidos ao mesmo objeto, levam a uma busca constante de preservação e reparação do objeto.

Assim, segundo Klein (1996/1937), a ambivalência se relaciona às mais variadas experiências como: amizades, relações amorosas adultas ou mesmo com a paternidade e maternidade, pois o elemento fundamental do amor e de todas as relações humanas é o ato de reparar.

Ao examinar o relacionamento de amor entre a mãe e o bebê, Klein (1996/1937, p. 358) procura explicá-lo analisando as primeiras experiências infantis.

A autora afirma que as crianças pequenas possuem um forte desejo, consciente ou inconsciente, de ter seus próprios bebês e isso pode ser observado nas brincadeiras de meninas pequenas com suas bonecas; desta maneira, a maternidade é a realização adiada de um desejo. Estas meninas já vivenciam sentimentos de ambivalência em relação à mãe, pois, ao mesmo tempo em que se identificam com ela, estabelecem com a mesma uma relação de rivalidade.

Essas vivências de ambivalência são mais um indício de que a relação entre mãe e bebê é marcada pelos relacionamentos do passado da mãe.

O bebê pode, inclusive, despertar desejos de reparação oriundos das mais variadas fontes inconscientes da vida mental desta mãe. E, então, a preocupação principal desta mulher passa a ser o bem-estar do filho. A relação entre mãe e bebê se altera com o passar do tempo e algumas dificuldades nos relacionamentos do passado da mãe, podem influenciar nos sentimentos que ela nutre pelo próprio filho.

Um dos elementos dessa atitude maternal aparentemente é a capacidade de se pôr no lugar da criança e encarar a situação de seu ponto de vista. A habilidade de fazer isso com amor e compreensão está intimamente ligada, como já vimos, ao sentimento de culpa e ao impulso de fazer reparação. (KLEIN, 1996/1937, p. 359)

Klein (1996/1937, p. 360) afirma também que:

[...] se a mãe não se envolve demais nos sentimentos da criança e não se identifica com ela de forma excessiva, ela pode usar sua sabedoria para guiar a criança da maneira mais útil. Sua satisfação, então, virá da possibilidade de estimular o desenvolvimento da criança.

Em seu artigo: “Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental”, Melanie Klein (1991/1958), apresenta uma contribuição à metapsicologia, tentando levar adiante as teorias

fundamentais de Freud sobre o assunto, e de acordo com seus estudos, tanto a capacidade de amar quanto os impulsos destrutivos operam não somente na vida mental do bebê quanto na vida dos adultos, e “[...] impulsos destrutivos dirigidos a qualquer pessoa estão sempre fadados a dar origem ao sentimento de que essa pessoa também se tornará hostil e retaliadora.” (KLEIN, 1991/1958, p. 283)

A agressividade inata está destinada a ser incrementada por circunstâncias externas desfavoráveis e, de modo inverso, é mitigada pelo amor e pela compreensão que a criança pequena recebe. Esses fatores continuam a operar através de todo o desenvolvimento. No entanto, embora a importância das circunstâncias dos fatores internos ainda tem sido subestimada. Os impulsos destrutivos, variáveis de indivíduo para indivíduo são parte integrante da vida mental mesmo em circunstâncias favoráveis. [...] A luta entre amor e ódio – agora que nossa capacidade de compreender os bebês aumentou – pode ser em alguma medida reconhecida através da observação cuidadosa. (KLEIN, 1991/1958, p. 283)

Assim, a autora relata que alguns bebês reagem à frustração de maneira intensa, e se demonstram incapazes de aceitar gratificações sucessoras à privação, essas crianças, têm uma agressividade inata e uma voracidade mais forte do que os bebês com explosões de raiva que logo passam. A autora enfatiza que a polaridade do amor e do ódio permanece constante, porém a relação entre ambos se modifica. Embora acreditasse num processo pelo qual se pode estabelecer a predominância do amor sobre o ódio, ela concluiu que uma integração plena e permanente jamais será possível, pois conforme expresso acima, experiências específicas podem perturbar o equilíbrio e intensificar o conflito entre amor e ódio, aumentando o ódio e provocando assim um enorme sentimento de culpa e muita angústia, com as defesas que os caracterizam.

As experiências próprias da maternidade produzem inevitavelmente flutuações da intensidade do sentimento presente na ambivalência. A ambivalência não é uma condição estática, e sim uma experiência dinâmica de conflito ante as flutuações sentidas por uma mãe, em épocas diferentes do desenvolvimento da criança, e varia de um filho para outro.

Contudo, observamos que para Melanie Klein (1996/1937) a ambivalência em si mesma, não é significativamente um problema; a questão principal é o modo como uma mãe administra a culpa e a angústia provocadas por ela.

Constatamos ser importante apresentar também, algumas idéias contemporâneas sobre a ambivalência materna, que sem dúvida se fundamentam nas idéias psicanalíticas de Freud e Klein, como os conceitos de Szejer e Stewart (2004) autores do livro “Nove meses na vida de uma mulher”. Estes autores, já citados anteriormente, pontuam que o desejo de ser

mãe, tal qual qualquer desejo humano, é carregado de ambivalência; a ambivalência existe desde a concepção, no desejo de engravidar que muitas vezes não se realiza, ou na insegurança diante do desejo e do fato de se descobrir mãe somente a partir da confirmação da ciência de um terceiro, o médico.

O termo “ambivalência” é utilizado em psicanálise de uma forma muito abrangente, mas tem como definição em Laplanche: “[...] na oposição das pulsões de vida e das pulsões de morte da segunda concepção de Freud [que] iria [se] enraizar de maneira ainda mais clara a ambivalência num dualismo pulsional” (LAPLANCHE, 1983, p.18).

Ainda, segundo Laplanche e Pontalis, a ambivalência se caracteriza pela “[...] presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio” (LAPLANCHE, 1983, p. 17).

Através do contato com as teorias até aqui discutidas, observamos que a maternidade, embora tenha uma aparência carregada de romantismo, é uma vivência complexa para a mulher, e certamente carregada de ambivalências. Percebemos também, que a própria construção científica, principalmente a psicanalítica, em torno da maternidade, tem como foco de estudos da relação mãe-bebê o bebê ou então os resultados negativos dos conflitos maternos para a criança.

Até mesmo o mito de Édipo não fora construído em torno dos sentimentos de Jocasta, assim a psicanálise se fundamenta por ver a vida do ponto de vista da criança, em detrimento da compreensão do materno.

E os estudos a respeito da relação mãe-bebê, acabam por ignorar a singularidade dos processos vivenciados pelas mães.

Neste trabalho, empreenderemos uma viagem psicanalítica tendo como foco o estudo dos sentimentos maternos, em especial o sentimento de ambivalência. Para isso contamos, também, com a contribuição da psicanalista Roziska Parker autora do livro “A mãe dividida, a experiência da ambivalência na maternidade”.

Parker (2003) define que a ambivalência materna é um sentimento vivido por todas as mães no qual coexistem lado a lado, em relação aos filhos, sentimentos de amor e ódio.

As palavras “ódio” e “amor” são problemáticas. Elas veiculam uma certeza e uma fixidez que parecem falseadas, por um lado pela mobilidade passional dos sentimentos, e, por outro, pelas instâncias de genuíno tédio que caracterizam a condição materna [...] mas nada consegue concentrar a força dos termos ‘amor’ e ‘ódio’.

O amor é naturalmente, uma emoção mais fácil de admitir do que o ódio; ele é aceito como parte integrante das mães. A ausência de amor é reputada como catastrófica. O

ódio, porém, é freqüentemente negado [...] mas para a maioria das mães, na maior parte do tempo, o ódio fica extremamente invisível. (PARKER, 2003, p. 22)

Embora de difícil aceitação, o ódio e o amor estão enraizados no inconsciente. Parker (2003) acredita que foi a inaceitabilidade do elemento odioso que levou ao excesso de utilização da expressão ambivalência, que muitas vezes é utilizada como referência a sentimentos misturados, fugindo da definição do termo psicanalítico, como fora proposto, que são sentimentos e impulsos bastante contraditórios em relação à mesma pessoa.

Meu parecer é de que experiências específicas da maternidade produzem inevitavelmente flutuações da intensidade do sentimento presente na ambivalência. A ambivalência não é uma condição estática, e sim uma experiência dinâmica de conflito ante as flutuações sentidas por uma mãe, em épocas diferentes do desenvolvimento da criança, e varia de uma para outra. (PARKER, 2003, p. 23)

A autora acredita que a experiência que as mulheres vivem na condição de mães, é influenciada por uma infinidade de fatores, um desses fatores seria a questão cultural.

A cultura ocidental não oferece um rito que traga significado à experiência materna, como acontece em outras culturas, as quais têm cerimônias que reconhecem momentos como parto e maternidade; desta maneira, a mãe do ocidente parece ser deixada a sós para lidar com a responsabilidade pela vida e morte de um bebê absolutamente dependente. Parker (2003) afirma que a ausência de rituais que dêem um significado à maternidade, amplifica a ansiedade e por consequência os conflitos provocados pela maternidade, sendo um deles a ambivalência.

Questões sociais, níveis econômicos, opção sexual, forma de engravidar, se natural ou por fertilização, organização da família, também contribuem para a forma como a mulher atravessa a maternidade.

Outro fator importante que influencia a condição materna e suas ambivalências é a questão da ambivalência paterna. Os homens também experimentam sentimentos conflituosos em relação ao bebê recém chegado. E ainda que estejamos falando sobre mães, os pais são figuras importantes no processo da maternidade. Suas críticas, seu apoio, são importantes ao momento que a mulher vive, pois a chegada de um bebê gera mudanças na relação do casal e de acordo com Parker (2003) pode reabrir antigas feridas trazendo sentimentos de solidão, carência ou sobrecarga para um ou ambos os parceiros, o que interfere nos sentimentos vivenciados pela mãe em relação ao bebê que é o personagem que “provocou” tais mudanças.

Afinal, está no imaginário social que a mãe perfeita é aquela que não tem problemas em relação ao seu filho, não tem sentimentos negativos em relação aos filhos e é constante em

seus atos, constante em seu amor, paciente e disponível, uma idéia idealizada, e nessa representação social do materno algo está ausente, a agressão.

Parker (2003, p. 41) acredita que nossa cultura aja de forma ambivalente em relação à ambivalência materna:

A ambivalência diante da ambivalência está baseada no terror de que o ódio vá sempre destruir o amor e levar ao isolamento e ao abandono. Contra o reconhecimento da ambivalência que se origina na mãe, nossa cultura se defende pela difamação ou idealização daquela. Uma mãe difamada é simplesmente odiosa e não tem amor para desperdiçar com a criança. A mãe idealizada é incapaz de odiar, é constante e é irreal.

Desta forma, a autora afirma que pelas condições culturais, sociais e econômicas do final do século XX, exercer o papel de mãe, é intensamente difícil pelos aspectos insuportáveis da ambivalência.

A autora também aponta a psicanálise como um fator cultural de intensificação da ambivalência materna, com a difusão de suas idéias.

Mas Parker (2003), não apresenta a ambivalência em si mesma, como um problema, pontuando que a grande questão é como a mãe lida com a culpa e a angústia que a ambivalência provoca; esta pode ter um papel criativo quando se apresenta controlável.

O sofrimento que a ambivalência causa à mãe e o reconhecimento destes sentimentos contraditórios promove a reflexão desta sobre sua relação com seu bebê e consigo mesma.

A maternidade é uma experiência carregada de frustrações. O mesmo bebê que se ama, é aquele que rejeita a comida que a mãe oferece, que sorri para estranhos e não para ela, que não se submete incondicionalmente aos desejos maternos e que por produzir tal frustração promove consciência, conhecimento e senso de realidade quanto ao eu materno e ao conhecimento desse mesmo bebê, o que acaba por produzir felicidade quando vivenciando a realidade, as mães são capazes de amá-los mais uma vez e sempre.

A percepção da mãe de que dentro dela coexiste o ódio e o amor pela criança, promove preocupação e responsabilidade em relação ao bebê. Permite o conhecimento e a tolerância em si mesma da presença de traços que ela e a sociedade talvez considerem distantes de serem admirados, e cria, ainda, condições para reconhecer o bebê de maneira mais completa, como separado dela, como um outro; há uma quebra da idealização de si mesma e por consequência do bebê. Mas, embora seja de extrema importância, esse reconhecimento da coexistência de porções de igual – ou diferentes – tamanhos de amor e ódio, é também extremamente doloroso.

Eu argumento que a ambivalência materna, apesar – e talvez mesmo em razão de – de todo o dissabor que possa engendrar nas mães, talvez tenha um impacto transformador e positivo sobre a mãe e, por consequência sobre o trabalho que ela tenha a realizar. (PARKER, 2003, p. 33)

Assim, é em concordância com as idéias de Parker (2003) e na forma como ela realizou seus estudos sobre ambivalência materna, que vemos a psicanálise, que como toda ciência, tende a homogeneizar, normatizar e reproduzir algumas representações, tal qual a representação da maternidade. Mas, também devemos reconhecer que a mesma ciência nos traz um embasamento teórico no estudo da relação mãe-bebê e no reconhecimento da intensidade que essa relação provoca na mulher. Acreditamos que a psicanálise nos oferece possibilidades de nos aprofundarmos no conhecimento da experiência subjetiva da maternidade e sua ambivalência diante de doenças dos filhos, como é o caso da alergia à proteína do leite de vaca.

4 A ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Se a relação entre mãe e bebê saudável é permeada por ambivalência e frustração, faz-se necessário acrescentar a este raciocínio a reflexão de Falsetti (1990) em seu estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por doenças. Quando se dá à luz um bebê que não é saudável como se desejou ou se sonhou “[...] do lado dos pais, um luto deverá ser elaborado, o da perda da criança imaginária perfeita” (FALSETTI, 1990, p. 2). De acordo com tal afirmação, podemos concluir que frustração e ambivalência tornam-se mais intensas nos casos em que a mãe entra em contato com um bebê real que não somente difere do fantástico ou idealizado, mas carrega uma “imperfeição”.

Algumas mães se deparam muito precocemente com o bebê real não saudável como o idealizado e enfrentam uma experiência mais delicada, pois o problema envolve o aleitamento materno: é o caso de mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca.

Embora a alergia à proteína do leite de vaca pareça ser um problema atual, que vem movimentando a indústria de alimentos, o desenvolvimento dessa doença tem suas primeiras descrições nas eras bíblicas, seguindo paralelamente ao desenvolvimento das civilizações, como descreve Carvalho Jr. (2001), em seu estudo realizado no Setor de Alergia e Imunologia da Santa Casa de São Paulo.

O referido autor define alergia alimentar como reações adversas à ingestão de determinados alimentos, que se observa através dos sintomas e de algumas evidências de reações imunológicas anormais.

A alergia alimentar diferencia-se da intolerância alimentar, pois na alergia a defesa imunológica orgânica reage de maneira anormal ao contato com o alimento, produzindo as reações alérgicas, muitas com influência de fatores psíquicos. Já na intolerância alimentar, as reações não são de caráter imunológico, nem psicológico, sendo relacionadas a qualquer reação a alimentos, como diferencia Bricks (1994), médica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas FMUSP, em um artigo em que discute a avaliação pediátrica de crianças com reações adversas a alimentos.

Como fatores predisponentes Bricks (1994) assinala a idade e hereditariedade. Quanto à idade, a autora aponta para a baixa idade dos pacientes que apresentam alergia à proteína do leite de vaca (APLV) - menores de três anos - o que indica imaturidade da mucosa gastrointestinal para entrar em contato com o leite de vaca ou deficiência de IgA, importante anticorpo do trato gastrointestinal. A hereditariedade é citada por criar uma tendência ao

desenvolvimento da alergia; os portadores têm parentes de primeiro grau alérgicos, com sintomas semelhantes.

Vieira et al. (2004), gastroenterologista brasileiro do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, em recente pesquisa para definição do protocolo de diagnóstico da APLV, afirma que a alergia ao leite de vaca é uma das mais comuns dentre as reações adversas a alimentos em lactentes.

Na sintomatologia descrita por Vieira et al. (2004) estão presentes náuseas, vômitos, diarreia de caráter persistente, cólicas, constipação crônica, sangue ou muco nas fezes e até irritação, envolvendo lesões eczematosas, edemas, déficit de ganho de peso, desnutrição, dispnéia, dentre outros sintomas.

Para o diagnóstico, existem os chamados testes imunológicos para detectar a APLV. Podemos citar o *Rast* e o *Prick Test*, porém, conforme Bricks (1994), o inconveniente desses testes é a alta incidência de resultados falso-negativos ou falso-verdadeiros, além do alto custo.

Vieira et al. (2004) aponta três pontos fundamentais para o diagnóstico da APLV: a suspeita diagnóstica, a dieta de exclusão do leite de vaca e derivados e o teste de desencadeamento positivo, para então se afirmar o diagnóstico.

A suspeita diagnóstica é constatada pela apresentação de alguns dos sintomas descritos como pertencentes à alergia à proteína do leite de vaca. A partir da suspeita é proposta a dieta, na qual se restringe o consumo de qualquer produto que contenha a proteína do leite de vaca (leite e derivados). A dieta acontece por um período de seis a oito semanas, na expectativa de que ocorra uma boa evolução clínica, ou seja, melhora nos sintomas; caso isso ocorra, será realizado o teste de desencadeamento. O teste consiste em colocar o paciente em dieta, em contato com uma fórmula láctea através da pele, verificando-se os resultados. Se assintomático, observa-se a reação do paciente com a ingestão; se novamente assintomático, aumenta-se a ingestão. Com esses procedimentos é possível diagnosticar a alergia à proteína do leite de vaca. O referido teste é considerado *padrão ouro*, sinônimo de alta confiabilidade, porém de difícil execução.

O que chama a atenção é que, em casos de lactentes em período de aleitamento, a mãe é quem será submetida à dieta de exclusão de leite e derivados nutrindo-se com dieta exclusiva de aminoácidos, uma vez que as crianças alérgicas, em aleitamento materno, reagem a quantidades mínimas de proteína do leite de vaca presentes no leite materno, caso a mãe tenha consumido algum produto à base de leite de vaca.

Carvalho Jr. (2001, p. 18) afirma em seu artigo que:

[...] A alergia ao leite de vaca é uma doença quase que exclusiva dos lactentes e da infância, raramente descrita na adolescência. É freqüentemente descrita nos primeiros dois a três meses de idade e quase sempre desaparece após o quarto ano de vida. Estudos mostram que, na mesma família, a alergia ao leite de vaca pode apresentar manifestações clínicas diferentes e que as crianças com esse tipo de alergia podem desenvolver outros processos alérgicos, como eczema e asma.

4.1 ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: UM OUTRO OLHAR

Após a explicação da alergia à proteína ao leite de vaca sob o olhar da Medicina, faremos referência à visão deste fenômeno à luz da psicossomática. Por ser o espaço teórico que une processos do corpo e da psicanálise, e embora seja o corpo e a psiquê da criança que estejam vivenciando o fenômeno psicossomático, que é a alergia, observamos que esse fenômeno somático que pode dar cores intensas às ambivalências que tais mães vivem. E as considerações teóricas expostas nos capítulos até aqui nos conduzem, inevitavelmente, pelos estudos sobre as relações estabelecidas entre soma e psiquê, que têm seu cerne na relação mãe-bebê. Embora não tenhamos como objetivo neste momento estruturar uma resenha histórica que abordam os fenômenos psicossomáticos, realizaremos apenas uma breve passagem por pontos que fundamentarão nossa discussão.

As expressões gregas *soma* e *psique*, designando o que poderíamos entender como corpo e alma, foram pela primeira vez utilizadas por Anaxágoras (500-428 AC.), que as considerou como partes distintas, introduzindo uma concepção *dualista* do ser humano. Essa concepção dualista foi referendada por Platão e predominou ao longo de quase dois milênios. (COLATONIA, 2003, p. 8)

Também segundo Colatonia (2003), o termo *psicossomática* foi usado pela primeira vez por Heinroth, em 1818. Ficou latente por ausência de “provas” que afirmassem sua veracidade, tomando novos rumos com os estudos psicanalíticos de Freud (1984), em seus escritos sobre a Histeria, quando o interesse pelas relações mente e corpo ganha espaço no estudo do fenômeno histérico de conversão, onde conflitos psíquicos produziam sintomas corporais. Assim, o corpo torna-se local de expressão da mente, e “prova” da existência do inconsciente e do recalque.

Casetto (2006), psicólogo, em seu artigo “Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX”, em que demonstra as idéias desenvolvidas nesta área, apresenta-nos Groddeck que em 1920:

[...] estende a teoria do processo conversivo a todo episódio de adoecimento, raciocinando de modo finalista; o motivo do sintoma, inconsciente, elucida-se pelas conseqüências que ele prova, senão ao menos simbólicas. (CASETTO, 2006, p. 4)

O autor também coloca as idéias de Ferenczi que em 1917 afirma a idéia de que existiam perturbações neuróticas desencadeadas por doenças orgânicas ou ferimentos, uma psicopatologia inversa à da conversão.

Deutsch, psicanalista, também em 1920, retomou o termo psicossomática cunhado por Heinroth projetando a medicina do homem total – uma medicina psicossomática.

Em seguida, em seu artigo, Casetto (2006) faz referência a Alexander, o qual criticava o modelo de estudo psicossomático até então estabelecido - por volta de 1950 – modelo esse que relacionava traços de personalidade a doenças. Alexander acreditava que o nexos deveria ser feito com determinados conflitos e estados emocionais que provocariam a cronificação de alterações fisiológicas e que com a expressão de tais emoções essas alterações fisiológicas seriam desfeitas.

Casetto (2006) retoma, também, as idéias de Pierre Marty que, na década de 60, propôs que a doença psicossomática não possui sintomas no sentido clássico, ela simplesmente não tem sentido, criando assim a noção de “pensamento operatório” um pensamento consciente, desprovido de qualquer duplo sentido ou sentido metafórico, desprovido de fantasia, uma atividade psíquica diferente da neurose e da psicose.

Marty, em 1974, apresentou sua teoria a respeito da “relação de objeto alérgica”, que foi assim definida:

A relação objetual alérgica definia-se por uma tentativa permanente do sujeito de se aproximar do objeto, nos movimentos sucessivos de uma apreensão (identificatória e projetiva) do objeto, depois de um arranjo dessa identificação primeira. O fracasso da tentativa desencadeava uma regressão estabilizadora, correspondendo a uma fixação arcaica do tipo humoral e ocasionava as crises somáticas de alergia (MARTY, 1990, p. 16 apud CASETTO, 2006, p. 8)

Alguns psicanalistas da geração seguinte a de Marty revisaram e questionaram suas idéias. Casetto (2006) discute, inclusive, as idéias de Dejours (1998) que compreende o sintoma como tendo um significado ligado a uma trama intersubjetiva. Dejours cria o conceito de “forclusão da função”

[...] convoca-se sempre o corpo para produzir significações, e sobretudo para produzir efeitos – sedução, medo, sono etc. – no outro. Mas isso depende do corpo erógeno, de haver sido constituído pela gradativa “colonização” do orgânico pelo psíquico. Entretanto, algumas funções do corpo podem ficar fora dessa transformação, por dificuldade dos pais em “brincar” com ela, de modo a não se

colocarem a serviço do agir expressivo dos movimentos e estados afetivos (ou emocionais) do corpo. (CASSETTO, 2006, p. 11)

Joyce McDougall, também da década de 90, é uma autora particularmente interessante à nossa discussão. McDougall (2000), em seu livro “Teatros do Corpo”, associa os fenômenos psicossomáticos a problemas na relação da *díade*, relatando que:

Há um funcionamento mental que [...] se instala bem cedo, quando a relação mãe-bebê parece não ter permitido a elaboração interna de uma mãe que proporciona cuidados. A imagem da mãe é cindida em duas partes: a primeira é uma imago idealizada, todo poderosa e inacessível – uma mãe imaginária capaz de banir qualquer sofrimento e de atender todos os desejos (daí torna-se uma mãe persecutória porque a criança nunca chegará a merecer nem a atingir por si mesma esse ideal grandioso). A outra imagem é a de uma mãe rejeitadora, até mesmo mortífera, mãe interna com a qual a criança, atingida a idade adulta, vai se identificar: o adulto vai, por isso, tornar-se uma mãe persecutória para si mesmo. (MCDUGALL, 2000, p. 56)

A ausência da figura paterna acaba por colaborar para tal situação.

Segundo a autora, o que ocorre nestes fenômenos é que existe um psiquismo e um corpo para dois, uma permanência da relação fusional com a mãe através de uma fantasia de que fora desta fusão não há vida e permanecendo indiferenciados psiquismo e soma.

A relação fusional tem sua importância no início do desenvolvimento, como podemos observar na teoria de Winnicott, mas ela acaba sendo deixada naturalmente por cada pessoa, à sua maneira, em idade determinada. Essa quebra da fusão com a mãe passa a ser um dilema durante toda vida, onde cada um buscará conviver harmoniosamente, com o desejo de fusão ou o “não-desejo”. Essa busca envolve luta e também luto, que trazem como compensação a conquista da subjetividade, criando-se assim, o sentimento de self, de indivíduo, de identidade, de diferenciação e de alteridade.

Porém, se a conquista da subjetividade desejante, não for considerada um ganho psíquico que enriquece e dá sentido à vida mental, ela passa a ser encarada com temor, como perda, e então como defesa, mantendo-se a união fusional, ou seja, a ilusão de fusão com a imagem materna arcaica da primeira infância.

À medida que se dá a lenta introjeção do ambiente maternal, o lactente começará a fazer a diferença entre si mesmo e sua mãe e a recorrer a ela com total confiança, para que a mesma lhe traga reconforto e alívio de seu sofrimento físico e/ou mental.

Tais afirmações de McDougall ecoam também nas palavras de Ana Maria Pina Martins, autora portuguesa, que realizou um estudo publicado em 2001, em que foi observado o funcionamento das crianças alérgicas, através de testes projetivos.

Segundo Martins (2001), é grande o número de crianças e a frequência com que são levadas a clínicas para tratamentos psicológicos, porém pela divisão de saberes, o corpo ao saber médico e a psiquê ao saber psi; assim é por outras queixas que se chega à presença da patologia alérgica. Sendo as queixas sempre relacionadas a separações difíceis, dificuldade de adaptação de entrada na escola, mudanças de rotinas, problemas de aprendizagem pela dificuldade de estruturação espaço - temporal e motricidade.

Assim, com a possibilidade criada pelo tratamento de visitar a história destes pacientes, normalmente descobre-se a presença da alergia. Embora a alergia apareça, de certa forma, desligada dos problemas apresentados em uma clínica de atendimento psicológico, a coexistência dessas perturbações trazidas como queixas, coabitam com a doença alérgica, tendo o corpo como porta-voz, numa linguagem que lhe é própria, pela tendência concreta que os fenômenos psicossomáticos trazem em si.

Alergia não é o motivo que leva estas crianças ao consultório, ela apenas reafirma as dificuldades de separação deflagradas pelo conteúdo manifesto.

Embora essas crianças ‘existam’ concretamente, pela realidade de seu corpo, que lhes é próprio, pela história de vida, pelas formas de sentir e pensar que lhes são próprias, ainda que esses modos de ser não sejam individualizados, de acordo com a pesquisa de Martins (2001), evidencia-se o vazio, desenhando-se no lugar das referências objetais a permanência de uma relação bidimensional.

Estas crianças trazem em latência um desejo paralisado, coagulado na matriz, o desejo do vir a ser, do desejante, do devir, o que as deixa em constante desequilíbrio, pela tensão da emergência de algo estranho, pela dificuldade sempre presente em se reequilibrar. Desejo esse que só é possível vir a ser pela diferenciação.

Essa fusão entre mãe e criança é, paradoxalmente, imprescindível e intolerável, intolerável pelo permanente aparecimento do desejo de autonomia e pela ausência de espaço para vivenciar esse desejo e imprescindível à sobrevivência.

Segundo Martins (2001), a criança alérgica vive no limite tensional defensivo, numa relação indistinguível.

A mãe possui a função de sincronizar os ritmos de vida da criança. Tendo-a como parte da relação, percebendo características próprias do bebê, permitindo o desenvolvimento das potencialidades de aprendizagem, de exploração do que lhes circunda permitindo assim que o filho conheça a si mesmo, e que o mundo conheça e reconheça o resultado de suas ações. O desenvolvimento da criança depende do ritmo de vida estabelecido pelo par mãe-bebê, que influi na evolução da organização corporal, pessoal e individualizada.

Com o auxílio de uma mãe cuidadora, todas as vivências do bebê são embasadas pelo afeto, ele conhece e é reconhecido na relação e então pode pensar, fazer ligações, conexões, utilizando seu corpo, articulando nele a possibilidade de constituir tempo, espaço e objeto, percebendo-se diferenciado e separado.

Na alergia, ocorre uma relação especial mãe-bebê “onde cada um parece conviver com um espaço outro: mãe com conteúdos psíquicos arredados da criança, esta com um pseudo-continente.” (MARTINS, 2001, p. 239)

Essa relação tem como característica a não existência de um terceiro: o pai, pois ele contribui para fazer um corte nesta relação simbiótica entre mãe e bebê, apresentando a eles o diferente.

Praticamente todo o texto de Martins (2001) centra-se nas questões psíquicas da criança, porém é importante perceber, que as referências aos problemas infantis, se dão por questões pertinentes à relação mãe-bebê e nos apoiarão em reflexões a respeito das entrevistas com as mães. Embora não seja nosso objetivo discutir os sintomas ou a configuração psíquica e somática das crianças, e sim questões vivenciadas pela mãe, nossa pesquisa busca esclarecimento dos sentimentos das mães em relação à patologia dessa criança alérgica. Acreditamos ser pertinente reconhecer a alergia e a vivência de um fenômeno psicossomático como mais um indício de que há uma relação particularmente diferenciada dessas mães com seus bebês. E foi essa relação diferenciada que nos chamou a atenção para desenvolvermos o presente trabalho.

5 DELIMITANDO A PESQUISA

5.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O presente projeto integra um *continuum* de pesquisa que teve início com a vivência prática da Psicologia no Hospital das Clínicas de Marília, durante o Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria de Estado da Saúde, em Psicologia Hospitalar da Faculdade de Medicina de Marília.

Durante o trabalho na Unidade Materno Infantil defrontamo-nos com o fato de que um número significativo de bebês apresentava algum processo alérgico, sendo a alergia à proteína do leite de vaca muito frequente.

Durante o atendimento às mães dos bebês com alergia à proteína do leite de vaca, percebemos uma grande dificuldade das mães, seja para manter a dieta de exclusão do leite - dieta livre de leite e derivados, uma necessidade para um possível diagnóstico - ou mesmo, para o tratamento dos sintomas que o bebê vinha apresentando em decorrência da alergia ao leite de vaca já diagnosticada.

Mas o interesse pelo presente tema está além de uma simples indagação teórica mediante uma vivência profissional que tivemos. Esse tema, como a maioria dos temas de pesquisa em Psicologia, é algo relacionado à minha vivência e meu orientador aceitou viajar comigo através deste tema.

Uma mulher – e agora utilizando idéia semelhante a dos autores apresentados Freud, Klein, Lebovici, Winnicott – filha, e que, portanto, já passou pela experiência de nascer, pela experiência de ser cuidada, e que irá passar pela experiência de se tornar mãe - e que como qualquer ser humano vivencia ambivalências frente aos desejos, pesquisa um tema, do qual alguns médicos suspeitaram que eu mesma vivi. A alergia à proteína do leite de vaca era uma das hipóteses diagnósticas para sintomas que percebi na adolescência, porém, não sendo constatada, e posteriormente identificada como algo semelhante, mas menos prejudicial à saúde, a intolerância a proteína do leite de vaca, ou popularmente conhecida como “intolerância à lactose”. E assim, me ponho a pesquisar o tema, que tem também relação comigo e com minha mãe com quem estabeleci minha relação mãe-bebê, e que meu orientador se propôs a guiar, auxiliando-me na elaboração de algumas questões pessoais,

através da pesquisa científica, diga-se de passagem, retomando conceitos psicanalíticos, uma bela forma de elaboração que encontramos.

Assim, questões minhas permearam atendimentos no Hospital Materno-Infantil de Marília, e questões de pacientes, nos levaram à constatação de algumas indagações relativas ao tema, colocando-me em contato com outras mulheres, cheias de ambivalências.

Nossas principais indagações são:

Qual a dificuldade em se fazer a dieta de exclusão do leite de vaca para diagnóstico ou diminuição dos sintomas dos bebês acometidos pela alergia à proteína do leite de vaca?

Como se sentem essas mães, uma vez que depende delas o tratamento da doença de seus filhos?

Quais os sentimentos envolvidos nessa relação, onde nos pareceu existir uma ambivalência variando entre o desejo e a “impossibilidade” de cuidar, expressa na dificuldade de manter a dieta?

Defrontar-se com a dificuldade de não ter um bebê perfeito, entrar em contato com um bebê real, com todas as dificuldades pertinentes, neste caso específico portando uma patologia, desencadeia uma série de emoções e sentimentos, porque traz em si, uma desilusão em relação ao bebê ideal; e isso torna as ambivalências mais intensas. Além do trabalho psíquico de elaboração da realidade, a alergia dos filhos obriga as mães a alterarem sua vida pela saúde do bebê.

O diagnóstico da alergia à proteína do leite e a necessidade de reestruturação da rotina materna são dois fatores de desilusão ou frustração e responsabilização que pesam sobre as mães. Percebemos no atendimento a essas mães um desejo expresso de cuidar do bebê e um engajamento não eficaz nesse cuidado. Como se amor e ódio, pulsões de vida e morte coexistissem de uma maneira particularmente intensa nessa relação. Tal afirmação não nega a existência de ambivalência em outras relações, apenas sublinha que nessas relações que envolvem uma doença a ambivalência materna se torna mais vivaz. Outro ponto relevante é o fato de que a alergia à proteína do leite segundo Vieira et al. (2004) é frequentemente diagnosticada na interrupção do aleitamento materno exclusivo, período delicado da relação mãe-bebê, que pode ter como reflexo a intensificação da ambivalência materna.

Investigar e compreender o que acontece com essas mães, nos possibilitará criar meios de ação que as ajudem a lidar melhor com essa situação que vem sendo vivenciada por muitas mães devido ao grande número de bebês acometidos pela alergia à proteína do leite e por consequência auxiliará, também, no tratamento de muitos bebês.

Vieira et al. (2004), em pesquisa para estabelecer o protocolo para diagnóstico da alergia à proteína do leite de vaca, afirma que a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma das mais comuns dentre as reações adversas a alimentos em lactentes.

Em recente inquérito epidemiológico brasileiro, de um total de 9.478 crianças avaliadas por gastroenterologistas pediátricos, 7.3% apresentam suspeita de alergia alimentar. Os alimentos envolvidos foram: o leite de vaca em 540 (77.0%); a soja em 61 (8.7%); o ovo em 19 (2.7%) e outros alimentos em 80 (11.6%). Nesses estudos a incidência e prevalência² de APLV foram respectivamente 2.2% e 5.7%. (VIEIRA, et al., 2004, p. 1)

Os resultados da pesquisa referida acima expressam a importância do reconhecimento dessa patologia, que atinge a tantos pacientes no contexto pediátrico, o que ela significa nesse contexto, além da necessidade de conhecimentos mais específicos sobre a doença e o seu significado para as mães de bebês portadores da alergia à proteína do leite.

Porém, estudos apontam que a grande dificuldade em relação a essa alergia é o diagnóstico.

Segundo Vieira et al. (2004), somente o teste de desencadeamento, que pode durar até um mês, submetendo o paciente a contato com fórmulas lácteas através da pele ou ingestão, confirma o diagnóstico. E o teste tem como premissa a dieta de exclusão, onde o paciente, ou a mãe do paciente com suspeita de alergia, deve permanecer de seis a oito semanas sem consumir qualquer produto à base de leite de vaca ou derivados.

Outra questão importante ao estudo da referida patologia é a ausência de código específico na CID³ (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) para alergia à proteína do leite de vaca, o que dificulta a compreensão do assunto, a obtenção de dados estatísticos específicos e deixa evidente a

² Incidência e prevalência são termos utilizados em epidemiologia.

Incidência: “[...] definida como número de novos casos que ocorrem em um determinado período de tempo, em uma população.” (LAPREGA; FABBRO, 2005, p. 120).

Prevalência: calculada através do “coeficiente de prevalência [é] o número de casos existentes em determinada população num período de tempo especificado, dividido pelo número de pessoas nessa população no mesmo período” (LAPREGA; FABBRO, 2005, p. 123). A prevalência é a soma de casos antigos e permanecem na comunidade e dos casos novos, dentro daquele período estudado.

³ Ao buscarmos dados, no Núcleo Técnico de Informações do Hospital das Clínicas sobre número de pacientes diagnosticados com alergia à proteína do leite de vaca, recebemos a informação que a busca nos arquivos, feita mediante código da CID, deveria ser efetuada através do código T78.1: Outras reações de intolerância alimentar não classificadas em outra parte. Exclui: dermatite de origem alimentar (L27.2), dermatite de contato de alimentos com a pele (L23.6, 24.6 e 25.4) e intoxicações alimentares bacterianas (A 05.-) pela inexistência de um código específico. Sendo o código uma definição ampla, dificultando a pesquisa quantitativa de quantos pacientes realmente têm alergia à proteína do leite, mas chamando a atenção para um olhar mais atento até mesmo da Medicina para essa patologia.

necessidade de estudos mais aprofundados sobre a doença, seu diagnóstico, efeitos orgânicos e psíquicos na criança e por consequência na família.

Embora existam registros dessa doença desde as eras bíblicas, como afirmou Carvalho Jr. (2001), a dificuldade em diagnosticá-la, se reflete nos estudos sobre ela. O recente estabelecimento do protocolo diagnóstico vem contribuir para o aprofundamento dos estudos na área da Medicina, pois com o registro correto de novos diagnósticos, atualmente percebe-se um aumento na incidência e na visibilidade que a alergia à proteína do leite de vaca adquire no contexto hospitalar.

Pretendemos com este estudo, contribuir para possível compreensão e aprofundamento de alguns conteúdos latentes na relação das mães com seus bebês, que podem ser a causa da dificuldade ou interrupção da dieta de exclusão ou do aleitamento materno exclusivo.

Assim sendo, possibilitar um apoio mais eficiente às mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca, uma vez que teremos uma melhor compreensão dos afetos envolvidos nessa relação, auxiliando de alguma forma no tratamento das crianças.

O desenvolvimento de um programa de ação junto às mães das crianças com alergia à proteína do leite de vaca, também poderá decorrer deste estudo, pois os resultados obtidos serão compartilhados com a equipe de saúde do Ambulatório de Alergia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Marília.

Outro importante aspecto deste trabalho é a ausência de publicações sobre o tema, encontrando-se, apenas, artigos na área de Medicina e Nutrição, não havendo trabalhos específicos de Psicologia sobre a alergia à proteína do leite de vaca, a qual vem ganhando expressão no contexto pediátrico.

Não menos relevante é o fato de o trabalho ter sido concebido na interface da Psicologia e da Medicina, em um enfoque interdisciplinar, dessa forma, contribuindo para amenizar as dicotomias mente / corpo ainda tão presentes na Ciência.

Faz-se importante frisar o fato de o trabalho ser inédito no âmbito da Psicologia; além disso, o presente estudo tem muito a acrescentar à Psicologia e ao nosso aprimoramento profissional, uma vez que torna-se visível a qualquer esforço em levantamento de dados sobre o assunto, que em termos de estudos da relação mãe-bebê, os textos concentram sua atenção nos bebês, desenvolvimento e conteúdos engendrados nessa relação, e pouco se atêm aos conteúdos referentes ao materno. O bebê, sempre ativo, e com capacidades extraordinárias desde as primeiras horas de vida, parece chamar atenção inclusive daqueles que fazem

ciência, que acabam, se atendo mais aos fenômenos referentes aos bebês do que particularmente à experiência materna.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a compreensão das manifestações do sentimento de ambivalência em mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca.

5.2.2 Objetivos Específicos

Identificar as reações da mãe diante do diagnóstico e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca em seu bebê.

Reconhecer as fantasias maternas mais frequentes em relação aos bebês e à patologia.

5.3 METODOLOGIA

O presente estudo é uma investigação psicanalítica, uma pesquisa qualitativa.

Embora, para Mezan (1996):

Toda investigação psicanalítica é qualitativa, ou seja, trabalha em profundidade com casos específicos. É o mergulho na sua singularidade que permite extrair deles tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilham com outros do mesmo tipo: por isso, o caso ganha um valor que se pode chamar exemplar. Uma boa pesquisa em psicanálise, portanto, deve evidenciar esses dois planos, o da especificidade e o da generalidade. (MEZAN, 1996, p. 430)

E se vale da Psicanálise enquanto método de pesquisa, em concordância com Freud que nos disse:

[...] muitas vezes que a psicanálise é uma teoria da personalidade, um método de psicoterapia e um instrumento de investigação científica, querendo assinalar que, por uma condição especial, intrínseca dessa disciplina, o método de investigação coincide com o procedimento curativo, porque, à medida que alguém conhece a si mesmo, pode modificar sua personalidade, isto é, curar-se. (ETCHEGOYEN, 2004, p. 24)

Embora nosso trabalho não tenha como objetivo a cura, partiremos do conceito de Mezan (1993), em seu artigo ‘Que significa “pesquisa” em psicanálise’, onde afirma que o uso do método psicanalítico em pesquisa se divide em duas vertentes: a que investiga a história das idéias psicanalíticas e a investigação dos processos psíquicos. Pretende-se, neste trabalho seguir a segunda vertente, a investigação dos processos psíquicos das mães de crianças com alergia à proteína do leite de vaca.

Mas temos claro que a transposição de limites, das chamadas condições clínicas de investigação – campo psicanalítico – do consultório para a pesquisa, requer ajustes, para adequar a investigação ao instrumento utilizado para coleta de dados. Neste estudo, adequamos a investigação psicanalítica à entrevista semi-dirigida e a publicação do conteúdo das entrevistas será realizada a partir de narrativas psicanalíticas.

Embora exista a necessidade de ajustes no método de investigação, sabemos, conforme Silva (1993), coordenadora do livro “Investigação e Psicanálise” que o objeto do trabalho clínico e da pesquisa em psicanálise é o mesmo: o inconsciente e todas as emoções e significados produzidos pelo desejo que se manifestam no ambiente quando emergem à consciência. Portanto, seja no trabalho clínico ou no campo de pesquisa, mantêm-se as características essenciais ao objetivo da psicanálise enquanto método investigativo, visando à emergência de significados inconscientes.

Ainda sobre a relação clínica e pesquisa psicanalítica, Herrmann (2004, p. 60) também afirma que a operação do método psicanalítico nunca se ausenta: “[...] clínica e pesquisa estão separadas pelas técnicas respectivas, mas unidas pelo método”.

Herrmann (2004, p. 81) afirma também que:

Grosso modo, a investigação científica é composta por dois momentos fundamentais e de importância muito desigual. A dimensão de descoberta, a heurística, que constitui em essência a própria investigação [...] e a] comprovação, ou verificação [que se constitui] um segundo momento complementar, um apêndice valioso, porém jamais central à pesquisa.

Uma pesquisa em psicanálise tem como traço a atitude do psicanalista de abandonar um saber concebido sobre o outro, um exercício de busca por novos sentidos, que valoriza a escuta e a espera de furtivas apresentações do inconsciente. É partindo da investigação do particular que a psicanálise tenta compor modelos que abranjam o psiquismo humano.

Nosso trabalho se cria apoiado no método psicanalítico, tem a experiência transferencial como campo de pesquisa. Dessa forma, utilizamo-nos dos conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência, e podemos dizer que o acesso ao inconsciente se faz através do vínculo afetivo que existe entre paciente e terapeuta, neste caso, guardadas as diferenças, sujeito e pesquisador, a chamada transferência.

Freud explica os conceitos referidos acima em um de seus textos “A Dinâmica da Transferência” (1912): relata que a transferência envolve uma reedição atualizada das relações objetais infantis do paciente na figura do analista; essa transferência é espontânea e acontece em todas as relações humanas, o diferencial é que tendo o método psicanalítico como norteador, o terapeuta/pesquisador, utilizará a transferência como acesso ao inconsciente do outro. Neste fenômeno de encontro de dois inconscientes, há também a contratransferência, onde o paciente desperta sensações e sentimentos no terapeuta, o que permite ao terapeuta compreender melhor o paciente; observa-se então que a “neutralidade” científica é impossível quando o método psicanalítico é utilizado.

Assim, quando nos debruçamos diante do estudo das significações maternas, nosso objeto de pesquisa através da entrevista, segundo Herrmann (1993), cria-se um campo transferencial, um inconsciente relativo que nos leva a construir uma interpretação.

A teoria psicanalítica foi a abordagem escolhida, pois, conforme o apontamento das autoras Pinto e Aiello-Vaisberg (2001), esta abordagem possibilita o acesso aos fenômenos inconscientes, uma vez que seu pressuposto revolucionário está na crença de que não importa quão diferente, estranha ou ilógica é uma determinada conduta, ela se inscreve em um sentido emocional, não havendo, portanto, limites para a compreensibilidade deste fenômeno.

Tânia Granato e Tânia Aiello-Vaisberg (2004), psicólogas brasileiras, em seu artigo “Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas”, tratam da pesquisa clínica psicanalítica com o uso das narrativas psicanalíticas, com contribuições de Benjamin e Politzer, e também nos proporcionam o embasamento metodológico necessário para a investigação da singularidade das mulheres que participarão dessa pesquisa, fazendo nascer dessa parceria pesquisador-sujeito de pesquisa:

[...] um tipo de conhecimento que se mantém maximamente próximo ao acontecer clínico, evitando especulações abstratas. Apoiando-se nas contribuições epistemológicas de Politzer e nas idéias de Benjamin sobre a narrativa, propõe pensar a geração de material de estudo como “narrativas psicanalíticas” que incluem tanto as manifestações dos pacientes como a personalidade do analista. (GRANATO, AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 253)

E para que isso ocorra, as autoras propõem:

[...] uma transposição da introspecção para a narrativa, [movimento ocorrido na clínica psicanalítica] movimento mais que revolucionário se considerarmos que o sentido não seria compreendido pelo paciente, ocupado que está em vivê-lo, mas pelo psicanalista que, por sua vez, nada pode sem o próprio paciente, que traz o vivido para seus encontros terapêuticos. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 261)

No que se refere à narrativa, especificamente, utilizamos a definição de Benjamin: “Esta não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente (como a informação o faz); integra-o à vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios das mãos do oleiro no vaso de argila.” (BENJAMIN, 1989, p.107)

Pretendemos com isso, distanciarmo-nos dos trabalhos de investigação que tendem à uma teorização excessiva, hermética, ou uma simples catalogação obsessiva de dados, construindo assim um método específico de pesquisa para cada sujeito, fazendo surgir pressupostos teóricos que irão embasar nosso trabalho, emprestando ferramentas para aferição de nossos pressupostos, como sugere Figueira (1994).

Utilizaremos as narrativas nascidas do encontro terapeuta/pesquisador e paciente/sujeito para construir a presente pesquisa, pela oportunidade que esse método nos oferece, de transformação mútua, pesquisador – sujeito, ao sabor das vicissitudes da vida de cada um, dando origem a um terceiro elemento familiar e estranho ao mesmo tempo.

Assim, de acordo com Granato e Aiello-Vaisberg (2004), deste encontro pesquisador – sujeito, construiremos narrativas que passarão pelos nossos “filtros” construídos através das vivências pessoais, acadêmicas e profissionais, através das revelações que ocorrerão no momento das entrevistas semi-dirigidas – encontro psicanalítico – sendo assim narrativas repletas de marcas pessoais dos dois autores deste encontro. Em momento oportuno, ocorrerá a apresentação dos textos resultantes dessas narrativas.

Assim sendo, o psicanalista e seu paciente, o psicanalista e seus pares, o narrador e seu leitor ou ouvinte constroem juntos narrativas cuja posse é perdida no próprio momento de sua comunicação, visto que o conhecimento, assim produzido em co-

autoria, abre-se à continuidade infinita que se estabelece entre os que nos antecederam e aqueles que nos seguirão carregando como herança a condição humana. (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 266)

Nossa pesquisa não pretende nenhuma validação estatística, pois considerando o caráter qualitativo e o tamanho da amostra, não permite tal ação. Trata-se de outra questão: conteúdos latentes, fantasias, ambivalências dessas pacientes, apresentarão um valor exemplar e o interesse em estudá-las consiste em encontrar correspondências, que, uma vez estabelecidas, podem servir como guia para a percepção de algo equivalente no trabalho clínico.

Sendo assim, abordaremos as histórias maternas, com especial atenção ao seu sentido emocional que se relaciona diretamente com nosso – pesquisadores - universo psíquico, com as influências sócio-culturais e históricas, que tecem uma trama à qual pertencemos, e assim não negligenciaremos o aspecto social no qual estão inseridos nosso objeto de estudo: as mães dos bebês com a referida alergia e nós.

5.3.1 Local

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Alergia e Imunologia da Unidade Materno Infantil do Hospital das Clínicas de Marília.

De acordo com dados da própria instituição, o Hospital das Clínicas de Marília é um amplo complexo hospitalar composto por duas unidades, Hospital das Clínicas I e Hospital das Clínicas II ou Unidade Materno Infantil. É referência no nível terciário, utilizado como unidade de atenção à saúde, em nível de alta complexidade, voltado a uma população aproximada de um milhão de habitantes, compreendendo 62 municípios, que compreendem o Departamento Regional de Saúde (DRS) IX tendo sido realizados, em média 606.405 procedimentos no ano de 2008.

Esta instituição está vinculada à Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, constituindo-se em um espaço de ações e atividades de docência, pesquisa e assistência à comunidade.

O Hospital das Clínicas de Marília é administrado com recursos orçamentários da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde (Sistema Único de Saúde - SUS) e Projeto UNI - Marília.

No que se refere à unidade II, Unidade Materno Infantil, o hospital realiza atendimentos ambulatoriais de pediatria especializada (12.200 atendimentos no ano de 2008), serviço de Urgência/Emergência à criança e à mulher, além de saúde mental, onco-ginecologia, ginecologia geral e pré-natal de alto risco. Em dezembro de 2002, o hospital recebeu o título "Hospital Amigo da Criança", após um trabalho de aprimoramento tanto na conduta técnica quanto na mudança de postura dos profissionais, promovendo e incentivando o aleitamento materno, tornando-os cada vez mais preocupados com a abordagem holística do paciente.

Para que o Hospital Materno Infantil pudesse receber o título referido acima, foram colocadas em prática ações que visavam ao cumprimento dos *Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno* e **promoção do**

curso de “Manejo e Promoção do Aleitamento Materno (Unicef/OMS)”, oferecido a todos os funcionários da unidade II.

A instituição conta com o Ambulatório de Alergia e Imunologia, com um total de 107 pacientes, deste total oitenta e sete (87) crianças com diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca, já no período de junho de 2005 a junho de 2007, foram diagnosticadas (51) cinquenta e uma crianças.

5.3.2 Participantes

O acesso às mães foi viabilizado com o auxílio da médica alergista responsável pelos atendimentos do Ambulatório de Alergia e Imunologia do Hospital das Clínicas de Marília, Unidade Materno Infantil. Os dados para contato foram obtidos através dos prontuários dos pacientes selecionados, que obviamente, pertencem ao Ambulatório de Alergia e Imunologia. Buscamos entrevistar mães que tinham filhos com diagnóstico fechado de alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Ambulatório de Alergia e Imunologia.

Quanto ao número de participantes da pesquisa, determinamos, a princípio, que seriam quatro mães. Realizamos, primeiramente, duas entrevistas para a realização do exame de qualificação, e neste ficou definido que as duas entrevistas já proporcionavam material suficiente para análise e para atingir os objetivos da presente pesquisa.

5.3.3 Instrumento

Foram efetuadas entrevistas psicológicas semi-dirigidas e individuais com duas mães, em um local adequado, no Ambulatório Infantil, onde a entrevistada se sentisse à vontade para falar a respeito da sua relação com seu filho alérgico à proteína do leite de vaca. Durante a entrevista realizamos anotações referentes às informações obtidas. Escolhemos a entrevista como ferramenta metodológica, pois de acordo com Bleger (2003, p.01): “A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em Psicologia”.

Foi utilizada a entrevista semi-dirigida, por nos permitir maior flexibilidade possibilitando ao entrevistado que “configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular” (BLEGER, 2003, p.03).

Dessa forma, segundo Bleger (2003), a entrevista passa a se configurar por variáveis que dependem da personalidade do sujeito entrevistado. Embora dificulte um pouco a categorização, possibilita uma investigação mais profunda da personalidade da mãe entrevistada.

[...] Toda conduta [humana] se dá sempre em um contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais. Ao contrário, a entrevista é a situação “natural” em que se dá o fenômeno que justamente nos interessa estudar, o fenômeno psicológico. (BLEGER, 2003, p. 16)

Além do conteúdo verbalizado, durante a entrevista pode-se vivenciar e observar o comportamento e atitudes das mães entrevistadas.

Durante a entrevista foi utilizado um roteiro com perguntas que incluem grandes temas, como maternidade, expectativas pessoais diante da maternidade, amamentação e conteúdos relacionados à alergia à proteína do leite. O roteiro de entrevista foi composto dos seguintes temas geradores:

- 1) Gostaria que me contasse sobre as expectativas que você tinha antes do nascimento do seu bebê.
- 2) Comente sobre o nascimento de seu filho.
- 3) Comente sobre a sua experiência da amamentação.
- 4) Conte-me sobre como surgiu a alergia, como você percebeu?
- 5) Como é ter um filho com alergia à proteína do leite de vaca?
- 6) Como a alergia repercutiu na rotina de cuidados com seu bebê?
- 7) Como a alergia repercutiu na sua rotina?
- 8) Quais as suas expectativas em relação ao desenvolvimento e tratamento da doença?

Então, as entrevistas serão comparadas para verificar se há linhas de regularidade que nos permitam compreender os sentimentos maternos no cuidado com os bebês, de forma a investigar os conteúdos emocionais pertencentes à relação mãe-bebê permeada pela APLV.

No que se refere às entrevistas, a forma como as mães se manifestam frente aos temas abordados nos permite compreender o significado inconsciente atribuído à experiência de maternidade e de que forma a alergia à proteína do leite de vaca acentua os sentimentos de ambivalência frente à criança, portadora da referida alergia. As entrevistas foram analisadas e então chegamos aos resultados aqui apresentados e discutidos à luz da literatura pertinente.

5.3.4 Procedimentos

Em conformidade com as leis éticas estabelecidas para a investigação científica com seres humanos, após avaliação, a pesquisa com as mães de pacientes atendidos pelo serviço ambulatorial foi autorizada pelo Comitê de Ética da Faculdade Medicina de Marília – FAMEMA, associada ao Hospital das Clínicas.

Após levantamento de dados dos pacientes com diagnóstico de alergia à proteína do leite, fez-se um primeiro contato com as mães, por telefone, para agendamento do encontro para a entrevista. No dia e horário marcado, antes de iniciar a entrevista, fornecemos todas as informações necessárias para o entendimento do estudo a ser realizado com elas, apresentando-lhes a Carta de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Assim, garantimos a ciência das participantes, de que tudo o que fosse conversado, durante as entrevistas seria mantido em sigilo, respeitando sua privacidade e a confidencialidade das informações. Deixamos claro o direito das mães de não quererem participar desse estudo ou desistirem de participar do mesmo, a qualquer momento, sem punição alguma ou prejuízo no atendimento e tratamento que seus filhos recebem no Ambulatório de Alergia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA.

6 DISCUSSÃO

6.1 PRIMEIRA HISTÓRIA

O que fez de E. ser minha primeira mãe entrevistada foram os fatos que foram acontecendo. Algumas mães não quiseram ou não podiam participar, e quando conversei com ela, esta se ofereceu prontamente.

O primeiro contato com E. foi via telefone, que se mostrou bastante receptiva, aceitando prontamente conversar comigo no dia seguinte ao do contato, às 13 horas, no Ambulatório de Alergia e Imunologia da FAMEMA.

No dia, chego ao Ambulatório com 15 minutos de antecedência, e por ser quarta-feira, o local estava bastante calmo, apenas as secretárias e uma pequena paciente estavam no local. E esse foi o cenário da minha espera. Aguardei por mais de 30 minutos a chegada de E. e nada! Quando já ia desistindo, adentra a sala de espera do ambulatório uma mulher negra de óculos, de mãos dadas com um menino de bermuda, camiseta, latinha de refrigerante na mão e cara de esperto. Eram eles!

E. foi logo se justificando, pois havíamos combinado por contato telefônico que o filho dela não precisaria estar presente, mas ela teve que trazê-lo. V. é filho único, e ela não tinha com quem deixá-lo, por isso o trouxe.

“Quer que eu fique aqui com ele?!” – pergunta a secretária do ambulatório onde foi realizada a entrevista. “Não, não, você vem, né, filho? Ele não fica longe de mim!”

O que até este momento eu não sabia é que a relação deles acontece dessa forma, desde o nascimento, ela o leva a todos os lugares, inclusive nas difíceis conversas com os advogados quando teve problemas com o marido, o pai de V.

Ela adentra a sala um pouco sem jeito, sorrindo. Quando a observo, não consigo precisar pela aparência, se é uma jovem ou uma senhora. Percebo que ao mesmo tempo que aparenta ser jovem, pela pele, pelo penteado (afro, tranças embutidas no couro cabeludo) aparenta também ser uma senhora, pelo modelo de óculos e vestimenta. Relata-me que tem 42 anos; pela vestimenta aparenta ter mais, e teve Vitor aos 36. Motivo? Demorou para casar, por opção própria, e quando casou, planejou cuidadosamente o nascimento do filho.

Percebo por sua narração que embora tenha demorado para encontrar um homem que despertasse nela o desejo de se casar, o filho fora sempre desejado.

Conforme E. narra os fatos de sua vida, observo que ela tentou fazer tudo “como manda a tradição”, casou-se com um marido que lhe garantiu estabilidade financeira, planejou o filho, mas nem tudo saiu conforme ela imaginava. Os primeiros problemas vieram aos três meses de gestação, quando E. passa mal e recebe a notícia de que sofre de Eclâmpsia, pressão alta provocada pela situação gestacional, o que oferece risco ao bebê e à mãe, além de aumentar os riscos de parto prematuro. Isso transformou a gravidez de E. em um período cheio de cuidados e medos.

“Tinha muito medo que o bebê nascesse com problemas... os médicos me disseram que o risco era muito grande, e tudo que pensava assim, sobre a gravidez era... será que ele vai nascer assim, perfeitozinho???”

Percebo que a doença é um ponto importante para a compreensão da dinâmica relacional dessa mãe com esse bebê. E embora ela afirme que sentiu muito medo, que ficou muito preocupada, isso só fica registrado em palavras, não há qualquer demonstração de que a lembrança desse período a comova.

Mas esse não era o único problema, E. acredita também que o quadro de hipertensão gestacional, tenha sido provocado pelas dificuldades que vinha enfrentando. Ela era a segunda esposa do marido, e quando engravidou, a família começou a pressioná-la e a pressionar seu companheiro, pelo fato de ela estar grávida. Todos se preocupavam com a divisão dos bens que o marido de E. tinha. “Não queriam dividir o dinheiro... ele era bem de vida, e daí começaram a fazer pressão como se eu tivesse engravidado pra tomar o dinheiro dele! Daí fiquei nervosa, né!? E isso atrapalhou tudo, pelo menos foi isso que os médicos disseram na época!”

Foi exigido repouso quase total e cuidados especiais com a alimentação para tentar “segurar” o bebê pelo maior período possível. E quando deu entrada no Hospital para ter o bebê E. teve que assinar um “termo de responsabilidade” que dentre outras coisas afirmava que ela estava ciente dos riscos que ela e o bebê corriam. Foi avisada que os médicos iam tentar fazer o possível para salvar os dois, mas que era provável que um dos dois morresse no parto. E que a equipe avaliaria e decidiria quem teria maior condição de viver para ser priorizado. Enquanto E. entrava para o centro cirúrgico, deixava sua família chorando no saguão do hospital com medo de que ela ou o bebê falecessem.

Embora durante toda a gestação o medo tenha sido o sentimento que a acompanhava, V. nasceu de 7 meses e sobreviveu. Durante o parto, E. ficou mal devido à pressão que estava muito alta, o que dificultou que ela visse o filho e tivesse um contato assim que ele nasceu. Ela foi informada de que o bebê havia nascido, viu-o de relance e ouviu seu choro, somente isso. Ele foi levado rapidamente para outra sala e depois à UTI neonatal e ela começou a ser cuidada para que a pressão baixasse.

“Estava tão zozza pela pressão alta que nem lembro de ver o rostinho dele, ouvi apenas o choro e já tiraram ele de perto de mim”.

Esse relato também não surge na entrevista como algo doloroso; E. apenas narra os fatos.

Embora o prazo para V. ficar no hospital fosse de um mês pelas dificuldades apresentadas, como problemas respiratórios, ele saiu do hospital com pouco mais de 7 dias. E então se iniciou uma rotina de ir duas vezes por semana ao hospital para controle e observação do estado de saúde do bebê, rotina essa que durou por 30 dias.

Outro detalhe apontado por E. que fortaleceu sua “desconfiança” de que V. ainda poderia morrer era a de que o pessoal do hospital lhe aconselhou a registrar logo o bebê (aconselhamento de praxe em maternidades), mas que ela entendeu como sendo um alerta para registrar o bebê antes que ele morresse.

“Chegava na portaria todo mundo já me conhecia, já me deixava entrar direto, depois preenchia a fichinha... se tinha algum problema era atendida rapidamente, acho que era porque todo mundo conhecia a história e tinha medo que fosse algo grave.”

Estando o bebê já com um mês de vida, E. percebeu que era só ela tomar leite de vaca e V. tinha diarreia. Levou-o ao médico, contou da relação que havia feito (leite-diarreia) e o médico duvidou. Disse que não havia nenhuma relação e a dispensou; mas E. continuou prestando atenção e suspendeu por si própria o uso de leite. Nessa mesma época, V. ficou muito doente, e foi ela quem deu pistas ao médico sobre a possibilidade do bebê ter refluxo, o que o levou a ter uma pneumonia grave sendo necessário um período longo de internação.

Embora ficasse sempre muito preocupada com os quadros de doença de V. como a pneumonia ou outros acometimentos comuns, E. relata que chegava rindo ao hospital e que sempre foi assim. Se sente dor, ri da dor, acha-a engraçada, lembra da mãe que quando sente dor chora e começa a rir... E que é assim que age com muitas situações de sofrimento, ri. Nem mesmo E. sabe me explicar porque ri, mas ri e muito e quando me conta sobre isso, ri novamente. Quando pontuo que ela disfarça bem as dores que tem ela apenas ri e faz que sim com a cabeça.

Quanto à dieta e amamentação E. não refere problema algum. Embora gostasse de leite, abriu mão facilmente pelo filho e pelo medo do mesmo ficar doente. Quando me relata, percebo que a adesão ao tratamento do bebê parece ser mais fácil para E. pelo medo que a acompanha. Desde sempre ela “assinou” um termo de responsabilidade pela vida e saúde do bebê, a gestação sempre dependeu dela para continuar. E agora a saúde mais do que nunca. Então ela diz que não tem problemas e que nunca gostou muito de outros produtos que contêm leite na fórmula, como pão, lanches e massas. Então não foi difícil substituir.

Relata ter interrompido o aleitamento quando seu filho tinha um ano e dois meses por indicação médica, pois o uso do medicamento para controlar a hipertensão adquirida na

gestação fazia mal para o bebê e até o intoxicou levando-o a apresentar sintomas de manchas na pele.

“Pra mim não foi o remédio. Pra mim é outra coisinha, mas o médico disse que era né!? Fiquei naquela dúvida, paro ou não paro de amamentar. Era uma coisa que gostava, que queria, pra mim, o remédio não fazia mal pra ele... Mas... acabei parando!”

Quando a questiono, E. refere não ter diferença alguma ser mãe de uma criança com alergia à proteína do leite; o único problema é que com a separação do marido, ela teve que morar de favor na casa dos outros. “...daí é difícil porque não tem como você organizar direitinho as coisas e ele não comer coisa com leite.”

“Se vai em festas tem doce, tem bolo, tem pudim... e ele acaba comendo.”

É aí que V. intervém – verbalmente - pela primeira vez : “Comi mingau de chocolate na escola hoje!!! A tia me deu”. E. me olha com uma expressão de “tá vendo?”

Toda a narração de E. a respeito do assunto é atravessada pelas questões e dificuldades conjugais. Foi a pressão conjugal e familiar que interferiu na gravidez deixando-a nervosa e hipertensa. E depois que o bebê nasceu, as brigas entre o casal e do marido com V. eram constantes, incluindo agressões físicas do marido ao filho que a levaram a buscar os serviços de proteção da infância. O marido certa vez agrediu V. deixando-o machucado.

Foi assim que começaram as visitas ao Juiz e ao advogado, às quais como em nossa entrevista, E. ia acompanhada por V. até que os advogados a aconselharam a não levar o menino.

“Acho que foi porque V. falava mais do que eu... e atrapalhava né!?”

Na verdade V. sempre toma a frente da mãe quando o assunto é o problema com o pai que os abandonou.

Por conta dos problemas conjugais, E. foi aconselhada a deixar a cidade e vir morar com a família na cidade de origem, Marília.

V. tinha medo do pai, relata a entrevistada e V. diz: “É tinha medo que ele não gostasse de mim e fosse embora.” Neste momento E. interfere: “Não não!!! Tinha medo porque o pai batia, mas pai é pai e você tem que gostar dele.”

E. me conta que já bateu no filho pelo fato dele contar para todos os conhecidos o que se passava e, portanto, fazendo críticas ao pai. Mas, que aconselhada por uma psicóloga, na época, começou a agir diferente e permitir que ele falasse, “até por tudo pra fora” (sic).

E V. participa do relato da mãe. Seja completando informações, contando coisas que ela não contou, tal qual fazia aos advogados. E quando não falava, mas o assunto era algo que poderia ser angustiante à mãe, V. chutava meu pé por baixo da mesa.

Minha preocupação, em deixar claro, que a participação de V. não era necessária em nossa entrevista, era justamente para que ele não participasse de assuntos que diziam respeito a ele, mas que não necessariamente precisaria presenciar. Porém, o que ocorreu na entrevista é o que ocorre em todas as situações, V. participa dos assuntos da mãe todo o tempo, e expressa o que muitas vezes a mãe omite.

Durante a entrevista, que para um menino da idade dele é monótona, ou mesmo, que por se tratar de assuntos tão sérios é difícil suportar, ele resolveu ir até uma grande janela, que se localizava atrás de mim, com uma visão privilegiada da rua, e das pessoas que passavam pela calçada. Antes mesmo de chegar à janela a mãe o impede.

Mesmo com todos os problemas, e mesmo com o trabalho natural que uma criança dá, a mãe relata que gosta muito de ser mãe, que sempre gostou muito de crianças e, que, infelizmente não poderá ter outro filho, devido à hipertensão gestacional.

Porém, não sabe muito bem expressar o que significa ser mãe de V., preferiu pular a questão que lhe fiz no fim de nossa conversa. Mas disse que nada tem a reclamar, está tudo certo, mas espera que um dia, descubram tratamento e cura para a alergia dele.

6.1.2 Análise

“Quer que eu fique aqui com ele?!” – pergunta a secretária do ambulatório onde foi realizada a entrevista. “Não, não, você vem né, filho? Ele não fica longe de mim!” Foi uma das primeiras frases que E. me falou antes mesmo de entrarmos na sala para a entrevista.

Será o filho quem tanto necessita da mãe por perto, ou ela quem precisa da presença dele? Podemos observar que quem responde é a mãe, não há tempo para V. responder.

Esta resposta da mãe, imediata, antes mesmo de V. pensar sobre o que deseja, nos reporta à Winnicott (2000/1948), quando o autor diz que cabe à mãe deixar ao bebê, um “espaço” para que ele comece a se desenvolver, não acelerar o seu desenvolvimento, permitir, capacitá-lo a apropriar-se de si e do seu tempo.

Voltando ao relato da entrevista, durante nossa conversa ficava me questionando sobre o que era aquele sorriso constante, que não me parecia alegre. Parecia ser um disfarce,

como se o sorriso tornasse leve o peso dos medos e da contradição que essa mulher enfrentou, entre de ter que dar à luz, temendo fazê-lo.

Além dos sintomas físicos, mudanças hormonais, mudanças na rotina, que de acordo com Szejer e Stewart (2004), fazem parte do período gestacional normal, somam-se os sintomas causados pela hipertensão gestacional que E. enfrentou. E o período de plenitude vivido pelas mulheres no segundo trimestre, no caso da entrevistada, foi um período de constantes preocupações com sua saúde e a saúde do bebê. A angústia própria do terceiro trimestre gestacional, relatada pelos mesmos autores, para E., devido à existência da hipertensão gestacional, torna-se mais aguda, pois a aproximação da data do parto e do encontro com o bebê real, o fim das exigências de repouso durante a gestação, também era o anúncio de um momento crítico, pois o parto era de grande risco para a vida de ambos.

Já durante a gestação, podemos observar que pela existência do quadro de eclâmpsia, muitas fantasias de destrutividade integraram o mundo mental desta mulher; isso pode ser evidenciado quando ela diz que sua preocupação era sempre se o filho nasceria perfeito, se ele suportaria a destrutividade que ela carregava dentro de si.

O parto poderia ser o anúncio do nascimento de uma nova vida ou da morte do bebê, de E. ou de ambos. O temor quanto a isso é expresso no relato de sua ida para o centro cirúrgico; E. me relata sorrindo, mas sua mãe que sempre expressa suas dores chorando e o restante da família ficam chorando na sala de espera, esperando pelo pior.

Para Lebovici (1987) o parto é uma experiência física e psicoafetiva intensa, e as mulheres o vivenciam de diferentes formas: dolorosa, prazerosa, triunfante, mas para todas elas é uma experiência em que dor e angústia se potencializam reciprocamente dando lugar a fantasias quanto à integridade do corpo, reativando vivências de punição e/ou perseguição, levando a mulher a um estado de regressão psicoafetiva, “[...] as relações objetais retornam a modalidades infantis, o investimento narcísico do próprio corpo se intensifica.” (LEBOVICI, 1987, p. 119)

E, então, com o nascimento do bebê e sobrevivência da mãe, percebemos nos relatos que E. teme que essa felicidade seja interrompida a qualquer momento.

Mesmo assim, sinto como se o sorriso, sempre intrigante e presente na entrevista, seja também de triunfo, pela vitória de estar ali com V., mas também por estarem os dois ali, concretizando a continuidade dessa relação que é só deles, e que se depender dela assim continuará.

Afirmo isso, com base no fato de E. não permitir que o menino vá até a janela e o faz permanecer participando daquela entrevista cheia de histórias pesadas a respeito da história de

vida de V. e tão pesados para um menino de cinco anos; percebo que essa mãe não respeita o gesto espontâneo do filho de desbravar a sala, de ir atrás de novas paisagens, ou mesmo de fugir daquela situação, olhando através da janela posicionada atrás de mim. Observo que a mãe mesmo em um gesto tão simples, não permite ao menino, se retirar dessa situação (entrevista) desagradável e nem mesmo do contexto narrado na entrevista - a vida relacional dela com o ex-marido e pai da criança.

Neste momento é inevitável recorrer ao texto de Winnicott (1941/2000), onde ele relata sobre o que chamou de “Jogo da Espátula”, um jogo que ele realizava durante suas consultas com mães e bebês.

Durante as consultas, Winnicott fincava uma espátula na mesa, de maneira que ela ficasse entre ele o bebê e sua mãe, fazia-a vibrar e aguardava o gesto da criança. Assim, ele podia observar o comportamento da criança frente à espátula. O autor percebeu um padrão de comportamento nas crianças, em um primeiro momento, havia um "período de hesitação", apesar de parecer interessado na espátula, o bebê não a tocava e nem a apanhava. Em um segundo momento, se a criança não era *invadida* por Winnicott ou por sua mãe, o bebê superava a hesitação e se apropriava da espátula, realizando uma espécie de jogo com ela. A seguir a criança se desinteressava por este objeto e iniciava um jogo em que se livrava da espátula, para em seguida recuperá-la. Essa atividade durava algum tempo, até que Winnicott finalizava a consulta, pois, para ele, esse último período significava que a criança estava pronta para ir embora. Ela já havia tido uma experiência completa.

De acordo com Winnicott (1941/2000), essa situação ocorria com vários bebês e só não ocorria quando a criança apresentava algum tipo de inibição; em casos de inibição, o período de hesitação era mais longo e era acompanhado de angústias ou manifestações psicossomáticas. A estratégia de Winnicott nestes casos, era aguardar a superação da inibição ou da problemática psicossomática da criança, observando e esperando o término do período de hesitação até o momento em que o bebê conseguisse pegar a espátula.

O que podemos concluir do jogo da espátula é a importância de oferecer condições para que a criança manifeste um gesto criativo. Segundo Winnicott (1941/2000) essa “espera” é parte da preocupação materna primária em que a mãe se coloca em disponibilidade para que o bebê realize o gesto necessário a fim de que ela, a mãe, seja criada por ele; assim o bebê tem a oportunidade de criar o mundo e criar a si mesmo. Transpor a situação do jogo da espátula para o ocorrido em nossa entrevista torna-se fácil. E. não permite que V. se aproprie da sala, do espaço físico onde ocorre a entrevista, não se aproprie da visão que teria a partir da janela. V. não pode seguir sua curiosidade natural de saber onde irá dar aquela janela, nem mesmo,

seguir seu desejo de sair daquela situação que discute assuntos tão sérios à sua idade. Podemos supor que V. não pode apropriar-se de si mesmo.

Recordamos também do texto de Winnicott (1962/1997) sobre o desenvolvimento da criança aos cinco anos, a idade de V.:

Podemos dizer que ela [a criança de cinco anos] vai saindo de um cercado. Nas paredes começam a abrir-se fendas, as cercas passam a apresentar uma espessura desigual, e eis que a criança já está do lado de fora. Não é fácil para ela voltar para dentro ou sentir-se novamente envolvida, a menos que esteja cansada ou doente, casos em que o cercado é novamente fechado para seu próprio benefício. Esse cercado era proporcionado pelos pais da criança, pela família, pela casa [...] Tinha relação também com o próprio estado de imaturidade da criança [...] Esse cercado desenvolveu-se naturalmente a partir do abraço da mãe que envolvia o bebê (WINNICOTT, 1997/1962, p. 50-51).

Porém percebo que para E. é muito difícil permitir que V. saia do cercado construído em seu abraço e que ele deixe o estado de imaturidade, de dependência.

Outro ponto relevante em minha entrevista com E. é referente à sua gestação. Retomando as idéias de Szejer e Stewart (2004), a existência do bebê de E. não provocou simplesmente um rearranjo nos papéis sociais familiares, em meio à modificação de seu próprio papel, pois E. passava de filha a mãe com a confirmação de sua gravidez; mais do que isso, sofreu com os problemas que esta notícia gerou na família do marido que era contra o casamento e não desejava o bebê, fruto dessa relação.

E ainda que estejamos falando sobre a mãe de V., não podemos esquecer da postura do pai da criança. A figura paterna tem grande influência no processo de gestação da esposa. Suas críticas ou seu apoio são importantes para o momento que a mulher vive, como sabemos, em acordo com as idéias de Parker (2003), autora já citada quando tratamos de ambivalência materna. A chegada de um bebê gera uma mudança na relação do casal, podendo reabrir antigas feridas e trazendo sentimentos de solidão, carência ou sobrecarga para um ou ambos os parceiros, o que interfere nos sentimentos vivenciados pela mãe em relação ao bebê, o personagem que “provocou” tais mudanças.

Brigas, crises, sofrimento e quebra da relação amorosa que tinha com o pai de V. marcam a história desta dupla.

Se a mãe, segundo Winnicott (2000), é o ambiente do bebê, durante o período de dependência absoluta, podemos questionar se a mãe estava livre para a entrega necessária à preocupação materna primária; questionamos também, esta liberdade para os cuidados maternos se a mãe relata estar sozinha, sem o apoio paterno até os 3 anos do filho, quando

ocorreu realmente a separação por pressão judicial, e a saída de E. com o bebê da cidade onde o ex-marido reside, que não é sua cidade natal ou a cidade onde reside sua família.

Outra passagem particularmente importante é quando V. fala do pai dizendo que “Tinha medo que ele não gostasse de mim e fosse embora”; de certa forma essa fantasia ocorreu, de forma um pouco diferente, mas ocorreu, pois o pai permitiu que V. fosse embora. É possível perceber, também, que E. nega a realidade psíquica de V., em suas diferenças; quando V. conta sobre sua angústia de que o pai não gostasse dele, E. interrompe, atribuindo um significado seu, próprio dela, a uma vivência que é do filho, e está sendo expressa por ele. E. intervém dizendo: “Não, não!!! Tinha medo porque o pai batia, mas pai é pai e você tem que gostar dele.”

Neste momento, E. também relata que certa vez bateu em V. por ele contar para todos os conhecidos sobre as atitudes violentas do pai fazendo críticas a ele. Sendo aconselhada por uma psicóloga a permitir que ele falasse “até por tudo pra fora”.

Neste ponto recorremos às idéias de Parker (1997):

Outro fato crucial na dinâmica da ambivalência materna é a resposta da mãe quando uma criança a faz lembrar-se do pai desta. Às vezes, a semelhança de uma criança com o parceiro querido é extremamente gratificante; outras vezes, as características que são apreciadas num parceiro são perturbadoras numa criança.” (Parker, 1997, p.114)

Acreditamos que a atitude de E. se deva, na verdade, por V. trazer a lembrança do pai ao convívio familiar, a frustração do casamento construído nos mínimos detalhes e de que eram um casal feliz até a descoberta da gravidez. E sendo este pai, odiado, isso sem dúvida traz à tona sentimentos destrutivos que levaram E. a expressá-los concretamente.

E. viveu todas as dificuldades na relação com o marido, sempre acompanhada por V., em casa e nas idas aos atendimentos com os advogados, até que estes a aconselharam a não levar o menino. “Acho que foi porque V. falava mais do que eu... e atrapalhava, né!?”

A relação simbiótica estabelecida com o filho chega a tal ponto, que ela o coloca em situações muito complexas para seu entendimento e dolorosas, das quais ela como mãe, poderia (deveria) poupá-lo. Mas há nessa relação uma mistura, onde fica difícil enxergar o filho como um outro, diferente dela; E. tem o filho ainda como parte de si, e se ela vai aos lugares, o garoto como parte dela, também vai. Inclusive reagindo por ela.

O que nos lembra Lebovici (1987), quando faz referências a entrevistas com mães de bebês recém-nascidos apontando que: “Ao longo das conversas clínicas com as mães e seus bebês, ficamos muitas vezes surpreendidos por certas reações do bebê que parecem sobrevir

nos momentos precisos em que a mãe evoca um ponto muito carregado afetivamente para ela” (LEBOVICI, 1987, p. 161). Observamos, também, que o autor aponta essa situação como parte de consultas de mãe com recém-nascidos, e V. já tem 5 anos, o que seria um indício de que o modo de relação estabelecido é bastante primitivo.

Na verdade V. sempre toma a frente da mãe quando o assunto é o problema com o pai. Como se ele a protegesse e não o inverso.

Segundo Winnicott (2001) a ilusão de uma unidade indivisível partilhada por mãe e bebê é necessária no início da vida do bebê, e esta é deixada, como se a mãe suficientemente boa, permitisse ao bebê que ele siga o ritmo inato do desenvolvimento e se torne independente e venha a ser um indivíduo.

Winnicott (2001) também relata que aos poucos a mãe retira o interesse total do filho, voltando para si e sua vida relacional, e neste caso específico, o pai, possível relação além da que existe com o filho, está excluído.

Aqui resgatamos a questão principal da alergia infantil, apontada pela autora Martins (2001) que relata que o fenômeno psicossomático da alergia acontece em meio à eterna luta entre o “ser” e o “não ser”. O que se faz claro na existência de V., desde sua gestação.

E. sempre foi acompanhada pelas dúvidas se este viria a ser um “ser” nos mais variados significados; se ele “seria” realmente o filho do homem com quem E. estava casada – dúvida da família paterna de V. -; se viria a “ser” o filho real, vivo e perfeito de E. – dúvida dos médicos e até mesmo dela, devido às complicações ocorridas durante a gestação e devido às suas fantasias destrutivas em relação ao feto; se viria a “ser” no sentido de sobreviver – dúvida que pairava no ar nos primeiros meses e anos da vida de V. que sempre muito doente, vivia – seja nas fantasias da mãe, ou realmente - sob constante ameaça.

Mas a dificuldade do vir a “ser” marca também a relação dos dois, na continuidade da relação simbiótica, que é saudável ao início de vida do bebê, mas que ao permanecer impede a conquista da identidade, da independência da criança. Essa permanência da relação simbiótica que pode ser condição para o desenvolvimento de processos alérgicos, segundo Martins (2001). E como num ciclo, o próprio processo alérgico e os cuidados intensivos que a alergia à proteína do leite exige, como as restrições alimentares, que provocam restrições à rotina do bebê e da mãe levam essas mães a viverem uma relação diferenciada com seus filhos, um “supercuidado”, uma “superproteção”.

Essa proximidade exagerada, a superproteção em alguns momentos, que não se expressa no estabelecimento de limites como: até onde o filho pode saber dos problemas que a mãe vive, nessa participação do filho, desde muito pequeno, nos problemas conjugais que

enfrentava com o ex-marido, nos oferece indícios de que essa relação é marcada por sentimentos destrutivos.

O que até certo ponto faz parte da maternidade, que por si é carregada de ambivalência, como afirma Parker (2003). Mas, durante todo o relato de E., em nenhum momento percebo qualquer traço de sentimentos negativos em relação a V.: o fato de ter vivido tantos problemas pela sua gestação, os problemas conjugais que levaram à separação com a chegada de V., o fato de enfrentar tantos problemas devido aos problemas de saúde do bebê, as restrições à sua dieta enquanto o amamentava. Não há mágoa ou sofrimento, a não ser quando relata o medo de morrer ou de que o bebê não sobrevivesse.

Acreditamos que, provavelmente, toda a carga de sentimentos odiosos que existe em qualquer relação e também está presente na relação mãe-bebê, e que não foi expressa verbalmente na entrevista de E.; se expressa, inconscientemente, neste “não permitir” que o menino venha a “existir” em separado dela.

Sabemos que todo desejo é por si só ambivalente, e que mesmo no desejo de ter um filho, estão presentes amor e ódio, mas qualquer sentimento negativo de E. é ocultado pelo sorriso expresso durante toda a entrevista, mesmo na narração dos momentos mais difíceis.

Mas é expresso, mesmo inconscientemente, na hora em que ela não protege o filho das histórias que circundam seu nascimento e seus primeiros anos de vida quando o leva à entrevista. A raiva, também se expressa quando me conta que já bateu em seu filho, porque ele falava mal do pai. Quando não permite que o menino explore a sala de entrevista, veja novas paisagens e fuja dos fatos relatados pela mãe. Ou quando mesmo tão novo, V. tenha que protegê-la, como se ela fosse mais frágil do que ele, e é ele quem responde às perguntas difíceis que faço durante a entrevista ou é ele quem reage por baixo da mesa, me chutando quando sou incisiva demais com E.

Ao presenciarmos a forma como se dá a relação entre E. e V. nos recordamos de MCDOUGALL (2000), que utilizando a teoria winnicottiana, fala sobre a conquista da subjetividade desejante, que quando não é considerada um ganho psíquico que dá sentido à vida mental, passa a ser encarada como perda, e então como defesa mantém-se a união fusional.

Esse tipo especial de relação mãe-bebê, apontada por MCDOUGALL (2000) é comum a pacientes alérgicos o que reforça a idéia de que isso aconteça com E. e V. Temos a sensação que a independência de V. parece ser uma perda, gerar um vazio em E. que ela não quer sentir e assim permanecem, sempre juntos, só os dois, conforme Winnicott (1967): “[...] a mãe não consegue abdicar dessa coisa tão preciosa que é sua função materna; é mais fácil

para ela sentir-se maternal quando seu bebê é dependente, do que quando, pelo crescimento, ele já começou a gostar de ser separado, independente e desafiador” (WINNICOTT, 1967, p. 53).

6.2 SEGUNDA HISTÓRIA

Uma mãe apaixonada pelo filho e pela maternidade. Foi essa a idéia que tive de C. quando a entrevistei. Quem ouve C. falar de sua relação com seu filho, sente vontade de ser mãe.

Para combinar horário e local da entrevista, conversei com ela por telefone, e durante nosso contato telefônico era possível ouvir as conversas do pequeno V., seu único filho de onze meses.

Senti como se combinasse o encontro com eles, e não só com ela, porque ele participou o tempo todo do telefonema.

C. chegou pontualmente ao local combinado, é uma mulher jovem, falante e sorridente.

Já no início da entrevista, C. fala sobre o grande desejo de ser mãe e, principalmente, mãe de um menino. Fala também da espera para que esse desejo se realizasse, entre casamento e tentativas de engravidar, somam-se 7 anos.

Percebo que foi um bebê planejado e principalmente muito desejado, e que só “veio” quando a mãe relaxou e como ela mesma diz: “Desencanei”.

Quanto relata sobre a gestação me descreve um momento pleno, onde ela “curtiu sua barriga” e o parto como um momento lindo. “É mágico, a hora que ele encostou a cabeçinha, em mim assim, (repete os gestos) eu pus a mão nele, ele parou de chorar. Parece que eu sinto até o cheiro do momento, assim. Muito bom!”

Essa mulher, que diz ter nascido para ser mãe de V., diz ter na família a razão de sua vida, o único detalhe que impede a felicidade completa é a alergia à proteína do leite, e todas as restrições que ela provoca.

Mas no caso de C. e V., há outras questões, ele também é alérgico à soja e ovo, o que restringe ainda mais sua alimentação, oferecendo mais risco à sua saúde.

Relata que a alimentação de seu filho é extremamente restrita e a denomina como um campo minado, “você sai do leite entra na soja, porque tudo o que não tem leite, você vê

em produto industrializado, que tem lecitina de soja, ou ovo, você sai de um cai no outro”.

Isso é ponto fundamental da rotina de C. Ela observa atentamente, ou obsessivamente, os rótulos dos produtos, no supermercado; questiona atendentes em padaria, a respeito da receita utilizada para a produção dos pães franceses “Na receita original não vai leite, ovos ou margarina, tem gente que põe acredita?”

Ao ouvir C. falando, fiquei imaginando o quanto ela se sente ameaçada com a possibilidade de o filho apresentar alguma reação alérgica a produtos que estão presentes em nosso cotidiano e que para nós não oferece o menor risco. Pensei também na energia investida em tal vigilância, por ela estar sempre atenta a tantas informações, por saber da receita do pão francês, de tanto questionar. Isso é uma atitude básica na vida dela, saber quais são os ingredientes do que irá comprar ou comer e viver em busca de alimentos que possam ser comidos por ela e seu bebê.

C. relata que até mesmo a vida social sofre efeitos destas restrições, comer pizza ou lanche com o marido como faziam antes, não acontece mais, porque ela também não pode comer, porque ela continua amamentando, e devido a isso, tem que se privar dos alimentos proibidos na dieta do bebê.

Justo ela que se declara “apaixonada por leite”, “daquelas que janta leite? Vitamina batida...” Antes de descobrir a alergia de V. ela consumia muito leite e derivados. Hoje não mais, isso a fez emagrecer, mas não a impede de gostar de amamentar seu bebê, e pretende continuar por um bom tempo. “É bom pra mim é bom pra ele... então, eu continuo”. Ela descreve esse como o melhor momento que compartilha com V., no dia-a-dia.

C. relata que fica em constante tensão quando está longe do filho temendo que as pessoas possam dar alimentos que ele não possa comer. Passa o dia preocupada. Contou que um dia ele chegou da escolinha, cheirando bolacha, o que a deixou muito nervosa, ela foi inclusive falar com a professora a qual disse que a bolacha não tinha leite. E depois C. a questionou se não teria lecitina de soja.

C. sente-se constantemente ameaçada, e acha que isso será pior, pois, no momento, começando a falar, o bebê pede para comer o que vê os outros comendo.

Quando vai a festas de aniversário, fica com V. o tempo todo longe das pessoas no sentido de distraí-lo para que ele não passe vontade. Ou mesmo para protegê-lo, pois quando diz que ele não pode comer bolo ou salgadinho, diz que as pessoas o olham como se ele fosse um E.T. Esse cuidado que ela toma durante as festas, a impede de conversar com as pessoas, “fico por conta dele”.

Mas acho que não é só pela alimentação, tenho a sensação que ficar longe de V., para C. é muito ameaçador, ela alega ser ameaçador por conta da alimentação, mas ao mesmo tempo me diz algo que me parece relevante “ninguém vai cuidar do meu filho como eu!” relata C.

Essa foi, inclusive, a grande preocupação de C. quando V. foi para a escolinha e lhe rendeu dois meses de choro, ao ser tomada a decisão de que com o fim da licença maternidade o bebê iria para a escolinha. Ninguém cuidaria dele como ela. E deixá-lo na escola foi difícil, horrível para ela, porque “ele ficou numa boa, acho que nem percebeu que ficou sem mim, era muito novinho! Eu fiquei mal de pensar em deixar ele, minha vontade era parar de trabalhar, mas não dava, foi bem difícil. Agora que estou me acostumando” (sic).

C. conta que foi embora chorando, mas que o bebê ficou bem na escolinha, mas, hoje deixá-lo na escola é mais difícil, quando ela o leva, V. não quer sair de seu colo e chora. No início foi mais tranquila a adaptação de V. a escola do que a adaptação de C. a separação dos dois por este motivo.

Interessante pensar que hoje está mais fácil para C. deixar o bebê na escolinha, justamente, quando para ele é desconfortável deixá-la.

Tive a clara sensação de que a ida para a escolinha foi como se o real, a vida real, a necessidade de trabalhar, limitassem a relação estabelecida entre ela e o bebê que era tão mágica, e que C. diz ter “curtido” tanto. E foi justamente com a entrada na escola e a inserção de outros alimentos na dieta de V. que ele apresentou sintomas das alergias.

A princípio, C. achou que era só por ter contato com muita gente, porque antes ela não saía muito com ele, mas depois vieram os sintomas persistentes nas vias respiratórias, otites e foi em função disso que se descobriu a alergia, e com os demais exames, descobriu-se também, alergia ao ovo e à soja.

Por fim, C. me define o que é ser mãe para ela, diz que era o que faltava na vida dela, e se emociona quando diz isso. “Melhor coisa do mundo.” Diz também que a família é tudo pra ela e que o marido é muito companheiro nesses cuidados com o filho, embora ele não deseje outro filho, porque fica tanto ou mais apreensivo do que ela quando V. fica doente.

Durante nossa conversa, C. diz que ser mãe é mais difícil do que imaginava, por ter que perceber o que o bebê sente, vê-lo chorar sem saber bem o porquê, ou não poder fazer tudo por ele.

Mas o mais interessante da entrevista com C. é o sonho que ela tem: “Um dia vou dar um leite ninho pra ele, daí ele vai comer arroz com ovo frito e de sobremesa um

danoninho. É meu sonho! Tudo o que ele não pode.” E completa: “É um sonho que representa a cura.” C. aguarda o dia em que como ela já ouviu um médico dizer, o corpo de V. se “esquecerá” da alergia e sua alimentação será sem restrições. Ou seja, um dia esse sonho será totalmente cor-de-rosa.

6.2.1 Análise

Ao conversar com C. observo em seu tom, em suas palavras, que a maternidade para ela é algo extremamente idealizado. Vejo em sua narração, traços fortes da visão de maternidade que permanecem na contemporaneidade mesmo em meio a tantas transformações.

Neste ponto, retomamos as idéias de Lebovici (1987), que constata a generalidade do desejo de ser mãe em grande parte das mulheres, o que para ele não é uma questão instintual, mas nos mostra a importância das fantasias de desejo de maternidade que a maioria das mulheres vivencia. Mas, o que se percebe ao analisar as fantasias trazidas por C. à entrevista, é que para ela ser mãe é instintivo, um ato sublime, romântico, quase perfeito, e esse “quase” se deve apenas à alergia à proteína do leite que se impõe como uma quebra da relação cor-de-rosa que ela estabeleceu com seu bebê, como se a realidade fizesse um corte, na relação da dupla.

A descoberta da alergia à proteína do leite de vaca se deu logo após o primeiro corte real da relação entre C. e seu bebê: a entrada de V. na escolinha, que deflagra a dificuldade que a dupla viveu precocemente. Quando V. tinha apenas 7 meses, com o término da licença maternidade de C., ele teve que ir para a “escolinha”, foi quando mãe e bebê tiveram que se adaptar a tal situação.

Martins (2001), fala exatamente sobre situações como a vivida por C. e seu bebê, a autora diz que as queixas de alergias investigadas em seu consultório e pesquisas estão sempre relacionadas a separações difíceis, dificuldades de adaptação, entrada na escola, mudanças de rotinas.

Essa dificuldade de adaptação à separação provocada pela entrada de V. na escolinha, é expressa pela mãe que me relata que os 2 meses que antecederam o fim da licença maternidade foram “2 meses de choro”, sempre que lembrava que o bebê iria para a escola. A mãe relata também que chorou quando deixou o filho nos primeiros dias, e até pelos

poucos meses de vida, ele não “estranhou” a nova situação; mas ela parece tentar se justificar dizendo que hoje, aos 11 meses, V. chora quando a mãe o deixa.

Podemos pensar também que, segundo Winnicott (1945), a fase de dependência absoluta acontece nos primeiros meses de vida até aproximadamente seis meses, embora dependa da relação desenvolvida em cada dupla, e que este bebê foi entregue a uma outra cuidadora ou por que não dizer a outras cuidadoras em um momento em que não podemos dizer que a fase de dependência absoluta teria chegado ao fim. E que uma falha na maternagem de um bebê imaturo, não é percebida por ele como uma falha, mas cria obstáculos ao desenvolvimento dos processos vitais que permitem a individuação deste bebê.

Percebemos também, pelo relato de C., que embora seja casada, e relate o marido como “um paizão”, a presença concreta e real do marido é rara. Ele provavelmente lidou com algumas questões do ambiente enquanto C. cuidava do bebê, mas, durante todo o relato, percebe-se C. e V. em dupla, e não em trio, com a presença do pai. Através dos relatos é possível perceber que V. faz companhia à mãe, que sempre fica muito só pelas viagens do marido a negócios. Observa-se também que a doença que insere a realidade com pontos positivos e negativos nas vivências dessa dupla mãe-bebê também os leva a viver uma relação mais fechada em si mesma.

Quando vai a festas de aniversário, fica com V. o tempo todo longe das pessoas, no sentido de distraí-lo para que ele não passe vontade. Ou mesmo para protegê-lo, pois quando diz que ele não pode comer bolo ou salgadinho, as pessoas o olham como se ele fosse um ET. Esse cuidado que ela toma durante as festas, a impede de conversar com as pessoas, “fico por conta dele”, ou seja, mesmo quando estão em um ambiente com mais pessoas, é como se houvesse a necessidade de continuarem somente os dois. C. justifica essa atitude pelo cuidado de que o filho não coma alimentos que não possa comer, mas independente da justificativa, C. e V. continuam perdidos um no outro, como afirmou Ogden (1989).

Outro ponto interessante é o fato de que C. não pensa em desmamar (concretamente, deixar de amamentar) o filho. Quer continuar até quando conseguir, o que nos aponta para uma dificuldade de planejar uma “separação” entre ela e o bebê.

Winnicott (2000/1948) afirma que a melhor maneira de definir o desmame é a desilusão gradual, pois esta é a quebra da onipotência do bebê, são os primeiros contatos com a experiência de frustração que ele vivencia; se a frustração vivida ocorre dentro do limiar de tolerância, é muito importante ao desenvolvimento do bebê.

Outro ponto que declara a dificuldade desta mãe em se “separar” de seu filho são as fantasias de que ele sofra, ou mesmo não sobreviva em sua ausência. Pois ela acha que ninguém irá cuidar de seu filho como ela.

C. relata que fica em constante tensão quando está longe do filho, teme que as pessoas possam dar alimentos que ele não possa comer. Passa o dia preocupada.

Observa-se que a mãe tem como fantasia que seu bebê não sobreviverá separado dela. O que tem relação também com o fato de ele ser muito novo, mas que não se esgota somente nisso. Há uma superproteção, quase uma obsessão nos cuidados com o bebê. Com as alergias de V., o mundo tornou-se extremamente ameaçador para C., e ela verifica obsessivamente os rótulos de alimentos para se certificar de que não há ali nenhum “veneno” para o seu filho, mas por que haveria?

Parker (2003) diz que a superproteção atesta fantasias inconscientes de destruição do bebê e que “[...] bem de acordo com a dinâmica da ambivalência, a possibilidade imaginária de perda do filho revela à mãe que a intensidade do desejo e do amor que ela nutre pela criança é a própria intensidade do amor que pode vir a trazer uma ambivalência tão surpreendente.” (PARKER, 2003, p. 47)

Podemos associar a esse trecho das idéias de Parker (2003), a parte da entrevista em que C. fala que o sonho dela é dar danoninho, ovo, e leite ao bebê, relatando que esse sonho significa cura; podemos pontuar que este sonho pode atestar também um sonho de destruição, porque oferecer tais alimentos pode ser também envenená-lo.

Aqui encontramos novamente a expressão de sentimentos ambivalentes comuns à maternidade. C. relata que é muito difícil não ter um filho absolutamente saudável, e que pelo fato de tê-lo, enfrenta muitas restrições em sua rotina, mudanças no cotidiano, perda de peso devido à dieta alimentar tão restrita. Sem dúvida, por todas as privações que C. enfrenta, a relação entre ela e seu filho é povoada por sentimentos negativos, sua chegada exigiu da mãe inúmeras privações seja na alimentação ou mesmo na vida social.

Segundo Winnicott (2000/1947), o simples ato de ser mãe já exige muito da mulher, que não pode estar ansiosa ou insegura; além disso, V. não é o bebê sonhado por anos, idealizado por C., ele não é perfeitamente saudável, e isso torna a maternidade mais conflituosa.

C. admite a dificuldade de ser mãe, mas a atribui apenas à doença, o que nos dá a dimensão do quanto esse diagnóstico perturbou o sonho dela ser mãe e o quanto ela deseja que o filho se cure. Badinter (1985), quando fala sobre a difusão das idéias da Psicanálise, afirma que esta promove a mãe como a “grande responsável” pela saúde psíquica, física e

felicidade de seu filho; criando grande responsabilidade às mães; fazendo surgir um sentimento difuso de culpa. Isso nos permite imaginar a culpa que C. sente por não conseguir proteger seu filho do sofrimento que as restrições alimentares possam causar, ou mesmo, por não ter gerado um bebê perfeito.

A alergia do filho, não é o motivo principal de sua frustração, esta provavelmente é gerada pelo encontro com a maternidade real e esta não é cor-de-rosa como ela julgava, mas não somente pela alergia que acomete seu bebê, mas por ser uma experiência complexa, ambivalente. Assim, pela dificuldade de C. lidar com a maternidade real, como ela é, faz com que ela se arme com suas defesas, projetando na alergia o motivo de sua frustração.

7 CONCLUSÃO

Acreditamos que a realização da presente pesquisa inaugura a discussão do tema alergia à proteína do leite de vaca e seu impacto na subjetividade materna, o que nos permitiu contribuir para o enriquecimento do material teórico existente a respeito da alergia à proteína do leite, em sua interface Medicina e Psicologia

No que se refere à experiência da maternidade, a presente pesquisa constata que esta é uma tarefa extremamente complexa, pois envolve dimensões sociais, culturais e psicológicas.

Pudemos observar que a visão da maternidade como um período composto apenas de prazeres e bons sentimentos, fora construída através dos séculos, mas basta um breve estudo sobre a maternidade considerando a subjetividade feminina, que encontramos além da influência da idealização do materno, própria da contemporaneidade, o quão difícil é para qualquer mulher ter que se adaptar à chegada de um bebê e aos cuidados que este novo ser exige, em um período de dependência absoluta.

Apresentamos neste trabalho os encontros realizados com duas mães que vivenciam pela primeira vez uma relação mãe-bebê, relação esta, marcada por uma doença: a alergia à proteína do leite de vaca. O que nos levou a refletir que se a maternidade por si só desperta múltiplos sentimentos, uma relação mãe-bebê marcada por uma doença como esta, intensifica tais sentimentos, mesmo que muitos destes sentimentos estejam inconscientes.

Neste trabalho, os sentimentos ambivalentes se fizeram “visíveis”, com o auxílio da entrevista semidirigida, referenciada por Bleger (2003), o que concedeu liberdade às mães para configurarem seu relato da melhor maneira, e nos levou a constatar na prática a dimensão heurística do método de investigação psicanalítico citado por Hermann (2004).

Para isso, as vozes maternas foram matéria prima para a escuta e análise dos conteúdos inconscientes destas mulheres.

Estas mães que, coincidentemente, deram o mesmo nome para seus primeiros filhos, encerram suas semelhanças quando se dedica a elas um “olhar” atento. Com esta pesquisa, acreditamos que cumprimos o objetivo da psicanálise que é compreender e investigar as especificidades da vida e do mundo mental de cada pessoa. Embora sejam duas situações semelhantes, encontramos dois mundos mentais bastante diferentes.

Estas mulheres nos confiaram parte de sua história de vida e suas especificidades, o que nos possibilitou reconhecer que a família da qual trata Winnicott ou Lebovici, não tem o

mesmo “formato” que as famílias que visitamos pelos relatos de nossas duas entrevistadas. As diferenças encontradas nos remetem ao novo projeto de maternidade, expresso por Almeida (1987); estas mulheres contaram com a referência do conhecimento dos especialistas ou amigos mais do que com sua família durante a gravidez e criação de seus filhos.

As famílias que encontramos nesta pesquisa, além de quebrar uma imagem idealizada: papai, mamãe e filho sempre unidos, apontam para as mudanças na estrutura familiar, na atualidade. Os maridos não oferecem, ou não podem oferecer continência necessária à segurança que estas esposas necessitam para cuidar de seus bebês da maneira mais adequada, como aponta Winnicott:

O esposo da mãe também pode ser uma pessoa importante na casa, ajudando a criar um lar, e pode ser um bom substituto da mãe, ou pode ser importante de um modo mais masculino ao dar à esposa o apoio e o sentimento de segurança que ela pode transmitir à criança. (WINNICOTT, 2000/1963, p. 84)

Por outro lado, somos levados a pensar que “O ideal materno, construído sobre o retrato mítico de uma relação de unidade, [tal qual percebemos entre as mães participantes e seus filhos] deixa um espaço muito reduzido para a presença de um parceiro na relação com a criança. O papel do parceiro ou do pai fica basicamente reduzido.” (PARKER, 2003, p. 71), quase inexistente, como se não houvesse espaço para ele.

Além disso, ao retomarmos os relatos, e examinando cada um dos objetivos específicos que nortearam nossa investigação, identificamos alguns aspectos importantes, agora apresentados.

No que se refere às reações das mães, quanto ao diagnóstico e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca em seu bebê, observamos que a primeira mãe entrevistada percebeu logo no primeiro mês que quando ela tomava leite de vaca o bebê apresentava diarreia, posteriormente o diagnóstico da alergia fora confirmado.

Desta forma, o diagnóstico não lhe trouxe grandes perturbações. E aponta que a única dificuldade em relação ao tratamento foi o fato de que permaneceu parte dos primeiros anos de vida de seu filho, na casa de parentes; por este motivo, durante o período que amamentou e não podia tomar leite, às vezes tomava leite ou comia algo que tinha leite como ingrediente por não ter controle sobre a própria dieta.

Quanto à segunda mãe, pudemos verificar que tudo seria “perfeito” se não fosse o diagnóstico da alergia à proteína do leite de vaca. C. tem inúmeras restrições em sua dieta por ainda estar em aleitamento, ter que se privar do leite que tanto gosta.

Com o diagnóstico, somado a outras alergias que o bebê tem, a alimentação dele tornou-se “um campo minado” como a mãe denomina. Como reação a isso, encontramos, mudança da rotina social desta mulher, que hoje quase não sai e deixou de comer muitos alimentos pelo problema do filho, assim como passou a ter comportamento obsessivo em relação ao exame dos rótulos dos alimentos, na tentativa de evitar qualquer contato do bebê com elementos perigosos para ele; o que ela alega dificultar o fato de deixar seu bebê sob os cuidados de outras pessoas, que acabam oferecendo alimentos que contêm leite, ovo ou soja.

Ao analisarmos as fantasias das duas mães entrevistadas em relação à patologia dos bebês, percebemos que parece existir uma ameaça constante à vida dos filhos.

No caso da primeira mãe, a ameaça de morte de seu filho, iniciou-se com os sintomas de complicações gestacionais e se faz presente até hoje, na possibilidade de o filho ingerir qualquer alimento que contenha leite em sua fórmula. Quanto à segunda mãe, também existe um temor constante pela doença que não permite que ela viva com seu bebê o sonho da maternidade perfeita. Ambas julgam seus filhos frágeis demais devido às doenças respiratórias e complicações alérgicas que vêm enfrentando desde os primeiros meses de vida.

As duas mães apresentam fantasia e desejo de cura de seus filhos. Sendo a segunda mãe mais declarada: “Um dia vou dar um leite ninho pra ele, daí ele vai comer arroz com ovo frito e de sobremesa um danoninho, é meu sonho! Tudo o que ele não pode.” E ela mesma completa “É um sonho que representa a cura, né?”

Buscamos durante toda a construção desta pesquisa, compreender as manifestações do sentimento de ambivalência em mães de bebês com alergia à proteína do leite de vaca (APLV). Estas relações mãe-bebê, permeadas pela APLV, se caracterizam por um excessivo cuidado das mães com os filhos.

Essas mães e esses bebês parecem encontrar na separação e desenvolvimento do self do bebê em busca da independência, um grande sofrimento, uma perda para ambos.

Sabemos, segundo a teoria winnicottiana, que a relação fusional tem sua importância no início do desenvolvimento, mas acaba sendo deixada naturalmente. E durante toda a vida, o ser humano buscará conviver harmoniosamente, com o desejo de fusão ou o “não-desejo”. Essa busca envolve luta e também luto, que trazem como compensação a conquista da subjetividade, criando-se assim, uma identidade. Porém, se a conquista da subjetividade desejante, não for considerada um ganho psíquico que enriquece e dá sentido à vida mental, ela passa a ser encarada com temor, como perda.

Com base nas afirmações acima, quando analisamos as duas entrevistas percebemos que embora as mães expressem o desejo de que seus filhos cresçam, existe também uma

grande dificuldade em deixar a função materna; isso acontece em qualquer relação mãe-bebê, mas particularmente nestes dois casos, torna-se mais difícil.

Esta dificuldade é confirmada por Martins (2001) ao dizer que a grande questão da criança alérgica e da mãe desta criança é a aquisição de uma identidade, a separação. Essa situação é facilmente observada na relação de extrema proximidade que E. estabeleceu com o filho, levando-o a todos os lugares que vai, ou no relato de C. sobre as festas a que vai, e mesmo rodeada de gente fica somente com o filho. Estas mães justificam a proximidade estabelecida com os filhos pela constatação da alergia e o perigo que ela representa à saúde dos meninos.

Mas devemos ir além do relato, devemos considerar outra questão latente: a influência das idéias presentes em nosso meio social; a sociedade identifica a mãe como a principal responsável pela saúde e bem-estar do filho; partindo deste referencial, estas mães não conseguiram evitar que os filhos tivessem a referida alergia o que gera um sentimento de culpa por não atingirem o ideal materno vigente em nossa sociedade.

Outro ponto que acreditamos ser relevante é referente às fantasias maternas. Observamos nas duas mães, especialmente no segundo relato, que os cuidados com as crianças devido à alergia, exigem delas verdadeiros sacrifícios. Isso nos leva a refletir sobre as idéias de Klein (1996/1937) sobre a mente do bebê para analisar o mundo psíquico das mães; a autora aponta que quando surgem os conflitos gerados pela ambivalência entre amor e ódio, observamos que ao lado dos impulsos destrutivos existe uma profunda necessidade de fazer sacrifícios, na tentativa de ajudar as pessoas amadas, que foram “feridas” em fantasia. Isso nos traz indícios de que existe um conflito gerado pela ambivalência, além de fantasias destrutivas que parecem ter se concretizado na alergia à proteína do leite de vaca.

Através dos relatos podemos perceber também, que ambas enfrentam um temor real (a doença e seus sintomas) e um temor fantasioso, de perda do filho. E é com esta percepção que constatamos novamente a presença de sentimentos ambivalentes. Pois, assim como o amor que sentem pelos seus filhos faz com que sintam medo de perdê-los, a fantasia de perda é testemunha da existência do ódio e de sentimentos destrutivos em seu mundo mental. O excesso de cuidados pode ser resultado da necessidade constante de reparação diante da culpa pela percepção de sentimentos odiosos ou pelas fantasias de destrutividade em relação ao filho.

Outro detalhe das entrevistas a ser ressaltado: não há verbalização de qualquer sentimento negativo em relação ao bebê, isso se deve ao ideal materno que circula em nossa realidade social e está presente no discurso das mães.

E quando se descrevem, na entrevista, como mães cuidadosas com seus filhos, e que os amam intensamente, fica claro que esse movimento defensivo reitera a ambivalência, pois se é necessário negar sentimentos negativos ou destrutivos, podemos supor também que estes sejam sentidos intensamente. Por um lado, podemos pensar conforme a primeira tópica freudiana, em que os sentimentos amorosos apenas sobressaem em relação aos sentimentos odiosos.

Podemos inclusive concordar com Lebovici: “Os cuidados para com o bebê têm uma de suas origens precisamente na luta contra os efeitos do ódio para repará-los e proteger o bebê”. (LEBOVICI, 1987, p. 124)

Ou quem sabe ainda, constatar tal qual Winnicott (2000/1947) que percebemos que o amor dessas mães é forte e real, mas podemos pensar que igualmente forte são os demais sentimentos, até mesmo o de ódio, pois:

O amor não é só uma questão de contato afetivo. O amor reúne em si os impulsos instintivos de raiz biológica, e o relacionamento que se desenvolve entre um bebê e uma mãe (ou pai ou outra pessoa) carrega consigo idéias de destruição. É impossível amar de modo livre e pleno sem ter idéias destrutivas. A aquisição de um sentimento de culpa com relação a essas idéias e impulsos destrutivos que acompanham o amor é seguida pelo impulso de dar e reparar e de amar de maneira mais adulta. (WINNICOTT, 1997/1958, p. 87)

Afinal, também em acordo com Winnicott (2000/1947) o sentimentalismo não tem utilidade na criação de um bebê, pois o bebê só pode expressar seu ódio em um ambiente que também expressa sentimentos .

“Não creio que uma criança humana ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar.” (WINNICOTT, 2000/1947, p. 287)

Vale associarmos a estes apontamentos o que encontramos em Freud em “Mal Estar na Civilização” (1930): a agressividade participa da constituição do homem, esse instinto agressivo é o principal representante em nós do instinto de morte que faz parte de nossa constituição mental, nossas regras sociais - inclusive a necessidade social de afirmar a maternidade como um momento de amor – foram instituídas pela necessidade de colocar o ódio em segundo, ou terceiro plano nas relações, devido à necessidade de controlar a agressividade natural à qualquer ser humano, inclusive às mulheres.

Sendo assim, sem qualquer expressão de agressividade por parte dessas mães, podemos nos questionar onde está a agressividade dessas mulheres? Está absolutamente sublimada, conforme nos propõe Freud (1930)?

Ela pode fazer parte da superproteção através da qual as mães protegem os filhos mas que na verdade são seus próprios sentimentos destrutivos expressos de maneira “aceitável” aos olhos da sociedade.

Não podemos esquecer que Freud (1931) nos relata que o amor nem sempre está acompanhado do ódio, ou vice-versa e que adultos normais conseguem separar as atitudes amorosas das odiosas, ou seja, não vivenciam o amor devido a um ódio inconsciente. Mas, afirma também, que em funcionamentos primitivos a ambivalência é regra e algumas pessoas mantêm traços arcaicos no decorrer de seu desenvolvimento.

Apontamos então, o que observamos na primeira entrevista apresentada neste trabalho. A primeira mãe apresenta um funcionamento primitivo, utilizando mecanismos de defesa como a projeção³, a negação⁴, e também demonstrando uma grande dificuldade de entrar em contato com sua dor, com seus conteúdos psíquicos, por isso sorri mesmo quando relata assuntos dolorosos; podemos inclusive estender essa dificuldade de contato com a ausência de contato com o filho, porque é impossível enxergá-lo, enxergar suas necessidades, estando tão fusionalmente ligada a ele; eles são um só e não dois.

Acreditamos que o estudo e reconhecimento da ambivalência materna, em especial do ódio, possam ter um potencial criativo não somente no desenvolvimento da capacidade de pensar da criança, como Winnicott refere, mas conforme sugere Parker (2003), o ódio tem um papel no desenvolvimento materno.

O ato de cantar canções de ninar sádicas ilustra não apenas o modo de restringir com segurança o ódio, mas ainda o modo como a insuportável coexistência do amor e do ódio pela criança empurra constantemente a mãe para o ato criativo de buscar soluções reparadoras. (PARKER, 2003, p. 92)

Mas o reconhecimento da coexistência de porções iguais – ou diferentes – de amor e ódio é muito doloroso, seja para a mãe, ou mesmo para a própria sociedade que se comporta de forma ambivalente em relação à ambivalência materna.

A ambivalência diante da ambivalência está baseada no terror de que o ódio vá sempre destruir o amor e levar ao isolamento e ao abandono. Contra o reconhecimento da ambivalência que se origina na mãe, nossa cultura se defende pela difamação ou idealização daquela. (PARKER, 2003, p. 41)

³ Projeção é um mecanismo de defesa no qual ocorre “[...] processo mental pelo qual atributos da própria pessoa, não aceitos conscientemente, são imputados a outrem, sem levar em conta dados da realidade.” (D’ANDREA, 1972, p. 24)

⁴ Negação: “É um dos mais simples e primitivos mecanismos de defesa [...] o indivíduo frente a determinadas situações intoleráveis, inconscientemente nega sua existência para proteger-se do sofrimento.” (D’ANDREA, 1972, p. 23)

É justamente na dor que o reconhecimento da ambivalência provoca que está a possibilidade do desenvolvimento, tal qual nos propõe Klein (1991/1946):

[...] os aspectos amados e odiados da mãe não são mais sentidos como tão separados, e o resultado é uma intensificação do medo da perda, estados afins ao luto e um forte sentimento de culpa, porque os impulsos agressivos são sentidos como sendo dirigidos contra o objeto amado. A própria experiência dos sentimentos depressivos, por sua vez, têm por efeito uma maior integração do ego, que resulta numa maior compreensão da realidade psíquica e melhor percepção do mundo externo, como também entre situações internas e externas. (KLEIN, 1946/1991, p. 33)

Também por isso, não consideramos a ambivalência como vilã no desenvolvimento infantil e materno. Concluir a presente pesquisa considerando a ambivalência materna como negativa seria contribuir para a culpabilização das mães de crianças com alergia à proteína do leite, por vivenciarem sentimentos de ambivalência, o que seria incoerente com o caminho teórico que construímos, pois apenas contribuiríamos para a idealização da maternidade.

Considerarmos a ambivalência materna como vilã seria apenas patologizar o conflito presente em todas as mentes humanas, em diferentes intensidades. Mas não podemos deixar de apontar que como afirma Parker (2003), o problema não é ambivalência em si, mas o uso que se faz dela.

Em conformidade com todas as reflexões da presente pesquisa, acreditamos ser de extrema importância o reconhecimento da ambivalência existente nessas duas relações que estudamos, assim como em todas as demais relações.

É através do reconhecimento dos sentimentos odiosos, da destrutividade e da desmistificação da relação mãe-bebê, que não é somente bela, mas também cheia de contradições e dificuldades que se é possível promover importantes ganhos quanto ao desenvolvimento psíquico dessas mães e propiciar o desenvolvimento de seus filhos. Uma vez que o desenvolvimento infantil depende do contato que se estabelece com a mãe.

Embora essa afirmação, de que o desenvolvimento infantil depende da mãe, seja resultante de nossa interpretação psicanalítica apoiada nas idéias de Winnicott, Klein e até mesmo Freud, e tenha sido também a base da super responsabilização da mãe pela “felicidade” dos filhos, não é nesse sentido que estamos tratando. Nossa pesquisa tem viés psicanalítico, mas não é desprovida de críticas; estamos conscientes de que devemos estabelecer limites para que essas idéias não se tornem excessivamente pesadas à subjetividade das mães, mas não podemos deixá-las de lado.

As mães têm sim uma importante função no desenvolvimento infantil, mas isso não pode beirar à idealização; não estamos afirmando que elas são responsáveis pela felicidade e bem estar dos filhos, isso é ilusão, o que temos de real é que embora sejam fundamentais no desenvolvimento infantil, nossa realidade difere da realidade vivida pelos autores que estabeleceram essas teorias, no momento em que as escreveram.

No que concerne ao desenvolvimento das idéias psicanalíticas, é importante que ressaltamos que houve evolução e que inúmeros autores contribuíram e contribuem para esse desenvolvimento, mas quando se trata de psicanálise, nosso imaginário recorre aos autores “clássicos”, e sua “responsabilização” ao materno.

Ressaltamos que nossa investigação não foi realizada no sentido de super responsabilizar as mães, mas constatar que há uma carga de destrutividade inclusive na relação entre as mães e seus bebês, em maior intensidade, como no caso da primeira mãe entrevistada, ou mais terna como a segunda mãe, mas a destrutividade está em todos nós e as mães não estão livres disso.

Através da presente pesquisa é possível concluirmos que existe uma relação diferenciada entre as mães participantes e seus bebês que consiste numa tentativa de prolongar a relação fusional com seus filhos e que isso também é reflexo da intensa ambivalência materna provocada pela frustração de gerar um bebê com alergia à proteína do leite e todas as frustrações e modificações que este fato gera na rotina e na subjetividade materna. Além disso, constatamos ser importante reconhecer a ambivalência na relação mãe-bebê, pois os efeitos da elaboração do sofrimento que este reconhecimento traz contribui de forma relevante para o desenvolvimento tanto da mãe quanto do bebê.

REFERÊNCIAS

- ALGRANTI, L. M. Famílias e vida doméstica. In: NOVAIS, F. A. (Coord.); MELLO e SOUZA, L. (Org.). **História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América Portuguesa**. v. I. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 84-154.
- ARAÚJO, T. W. Apropriações da teoria psicanalítica nos textos iniciais de D. W. Winnicott. **Psychê**, São Paulo, n. 15, p. 49-67, jan.-jun. 2005.
- ARIÈS, P. **História social da família e da criança**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.
- ALMEIDA, M. I. **Maternidade**: um destino inevitável? Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas III, Charles Baudelaire**: um lírico no auge do capitalismo. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevista e grupos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BRICKS, L. F. Reações adversas aos alimentos na infância: intolerância e alergia alimentar – atualização. **Pediatria**, v. 16 n. 4, 177-85, 1999.
- CARVALHO JR, F. F. Apresentação clínica da alergia ao leite de vaca com sintomatologia respiratória. **Jornal de Pneumologia**, Brasília, n. 27, p. 17-24, jan-fev. 2000.
- CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.
- COLATONIA, A. **Etimologia Psicossomática na formação das somatizações no gênero humano, a qual denominamos psicossoma**, 2003. Disponível em: <<http://www.psicossomatica-sp.org.br/monografias/monografia5.doc>>. Acesso em 02 mar. 2009.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade, enfoque psicodinâmico**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p.

FALSETTI, L. A. V. **A criança, sua doença e a mãe**: um estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por doença ou deficiência. 1990. 205 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

FIGUEIRA, S. A. **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FREUD, S. Além do Princípio do Prazer (1920). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. XVIII.

FREUD, S. A dinâmica da Transferência (1912). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

FREUD, S. Conferência XXXIII. Feminilidade (1932). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXI.

FREUD, S. Histeria (1888). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. I.

FREUD, S. Instintos e suas vicissitudes (1915). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XV.

FREUD, S. Mal Estar na Civilização (1930). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI.

FREUD, S. Totem e Tabu: Retorno ao Totemismo na infância (1913). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIII.

FREUD, S. Um estudo autobiográfico (1925). In: _____. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, n. 12, p. 227-460, jul.-dez. 2004.

HERRMAN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: LEWENLTON, T. (Org.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

KLEIN, M. Amor culpa e Reparação (1937). In: _____. **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921 – 1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEIN, M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LAPREGA, M. R.; FABBRO, A. L. D. Coeficientes epidemiologia. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. **Epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 119-50.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LO BIANCO, A. C. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 94-116.

MARTINS, A. M. P. O papel do funcionamento projetivo na alergia infantil. **Análise Psicológica**, v. 19, abr. 2001.

MARTINS, A. M. P. A criança asmática: relação e terreno alérgico. **Análise Psicológica**, n. 2, p. 249-54, [1998].

MEZAN, R. **Psicanálise e pós-graduação**: notas, exemplos, reflexões. São Paulo. 1996. [manuscrito não-publicado]

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M. E. L. (Org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993. p. 49-90.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2004.

OGDEN, T. **La matriz de la mente** - Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico (1986). Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

PINTO, E. B.; AIELLO-VAISBERG, T. M. Psicanálise e universidade: perspectivas. **Psicologia USP**, São Paulo n. 2, p. 47-58, 2001.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SALEM, T. A trajetória do casal grávido: de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. A. **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 35-61.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher**: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SILVA, M. E. L. Pensar em Psicanálise. In: _____. (Org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993. p. 11-26.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. Trad. Eronildes Millan Barros de Rocha. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

VENÂNCIO, R. P. Maternidade negada. In: DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 678.

VIEIRA, M. C.; SPOLIDORO, J. V.; MORAIS, M. B. et al. **Guia de Diagnóstico e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca**. São Paulo, 2004.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. A criança de cinco anos. 1961. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. A família afetada pela patologia depressiva. 1958. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. A Observação de bebês em uma situação padronizada. 1941. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. 1960. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. Família e maturidade emocional. 1960. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento Emocional Primitivo. 1945. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. O Ódio na Contratransferência. 1947. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Pediatria e psiquiatria. 1948. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. 1951. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Meu nome é Daniela Maia Veríssimo, sou psicóloga e aluna do curso de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da UNESP, campus de Assis. Estou freqüentando o Ambulatório de Infantil de Alergia e Imunologia, para fazer uma pesquisa com as mães que têm filhos com alergia à proteína do leite de vaca e que ainda amamentam seus filhos. Com esse estudo, quero ajudar as mães a enfrentar o fato de ter um bebê com alergia à proteína do leite vaca, sem tanto sofrimento. Para isso, preciso saber quais são os sentimentos de cada mãe por estar convivendo com essa alergia que seus bebês têm.

Peço permissão para realizar uma entrevista com a mãe em um local adequado no Ambulatório Infantil onde ela se sinta à vontade para falar a respeito da sua relação com seu filho alérgico à proteína do leite de vaca. Durante a entrevista, farei anotações referentes à entrevista, e uma gravação, de tudo o que for conversado, para posterior transcrição. Mesmo com a gravação, o que será conversado, durante as entrevistas será mantido em sigilo, respeitando sua privacidade e confidencialidade.

Você tem o direito de não querer participar desse estudo ou desistir de participar do mesmo, a qualquer momento, sem punição alguma ou prejuízo no seu atendimento e tratamento nesta Instituição. Você não terá que pagar nada para participar deste estudo. Também não haverá ajuda financeira para sua participação.

As informações obtidas serão utilizadas para escrever o trabalho final do meu curso, para publicação de artigos ou de livros, ou ainda de palestras, garantindo-se o sigilo sobre a identidade de cada mãe-participante.

Em qualquer momento do estudo, você pode me encontrar na rua: Hosuke Uchida, 68, apto 32 – Fragata, CEP: 17519-222- Marília – SP – Fone: (14) 9722-1929.

Meu orientador neste estudo é o Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, psicólogo, professor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Avenida Dom Antônio, 2100 CEP: 19806-900. Assis, SP Fone: (18) 3322-2933 Ramal 5892.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, Avenida Monte Carmelo, 800 – Fragata. CEP: 17519-030. Fone: (14) 3402-1744.

Diante das informações que eu li ou foram lidas para mim, aceito participar voluntariamente deste estudo, contribuindo com as entrevistas e observações e permitindo a divulgação dos dados obtidos.

_____ Data: ____/____/____
Nome e assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura da responsável pela pesquisa