

**RAFAELA TARDIVO PAZIAN**

**OS SENTIMENTOS MATERNOS DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO DA  
CRIANÇA PEQUENA: em busca de um colo**

**ASSIS  
2007**

**RAFAELA TARDIVO PAZIAN**

**OS SENTIMENTOS MATERNOS DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO DA  
CRIANÇA PEQUENA: em busca de um colo**

Dissertação apresentada à 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)

Orientadora: Olga Ceciliato Mattioli

**ASSIS**

**2007**

*Aos meus pais...*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rubens e Maria Helena, por adiarem seus próprios sonhos em nome dos meus.

À minha irmã, Fernanda, por estar sempre tão próxima de mim, mesmo com a distância.

Ao Fausto, por compreender minhas ausências e, apesar disso, se mostrar, constantemente, presente em minha vida.

À Olga, por promover em mim novos conhecimentos e aprendizagens, de maneira tão paciente.

Aos amigos, todos, por terem contribuído com este trabalho, apoiando-me e encorajando-me, quando pensava já não ter mais forças.

À Santa Casa de Misericórdia de Assis, por ter, desde o início, promovido a realização deste estudo.

Às mães entrevistadas, por terem confiado suas histórias e seus sentimentos a mim.

Por fim, mas com maior destaque, a Deus, por trilhar meus caminhos e providenciar, ainda que sutilmente, bons companheiros de jornada.

Agradeço, humildemente, a cada um pela colaboração e participação em minhas conquistas e meus crescimentos.

PAZIAN, R. T. *Os Sentimentos Maternos Diante da Hospitalização da Criança Pequena: em busca de um colo*. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Faculdade de Ciências e Letras, campus de Assis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade. 2007.

Orientadora: Olga Ceciliato Mattioli.

**Resumo:** A hospitalização de uma criança significa um momento de sofrimento, permeado por sentimentos de medo, angústia e ansiedade. Essa experiência é acompanhada de perto pela sua família, especialmente a mãe, vista, geralmente como alguém capaz de contribuir para a recuperação da saúde da criança. Contudo, também ela é atravessada pelo sentido de sofrimento diante do adoecimento e hospitalização do filho. Em razão disso, o presente trabalho se propõe pensar os sentimentos despertados sobre a mãe acompanhante do seu filho hospitalizado, suas estratégias de enfrentamento e o significado atribuído a sua função, nesse contexto. Esta pesquisa realizou-se na Santa Casa de Misericórdia do município de Assis-SP, no período de abril a agosto de 2006. Para a coleta dos dados, utilizamos a entrevista semi-dirigida a dez mães acompanhantes de suas crianças de até dois anos de idade e a observação na enfermaria infantil, tendo os referenciais psicanalíticos como guias para a sua efetivação. Assim, as análises estiveram guiadas pelos conceitos psicanalíticos de associação livre, transferência, contratransferência e interpretação, permitindo-nos compreender os conteúdos manifesto e latente das linguagens verbais e não-verbais de cada mãe, aproximando-nos de suas angústias. Além disso, a formação do psiquismo dessas mulheres sofre influência de contextos socioculturais a respeito da maternidade, de modo que esses aspectos também permearam as análises. Estas últimas revelaram um sentido concedido à maternidade de amor e dedicação exclusiva, bem como de uma pré-condição feminina, ainda revelando uma influência do ideal romântico de amor materno, construído no século XVIII. Diante da hospitalização da criança, as mães sentem-se na responsabilidade de redobramos aqueles afetos e cuidados. O sentimento de culpa foi o mais manifestado pelas mães, fazendo com que desejassem substituir seus filhos, naquela experiência, como forma de reparação pelo mal que, inconscientemente, acreditam ter causado, além de revelar uma relação de identificação com o filho, intensificada por aquele sentimento. Soma-se a isso que a culpa é ainda reforçada socialmente, em consequência das práticas higienistas empreendidas nos séculos anteriores e que deixaram como legado a desqualificação dos saberes familiares, imprimindo sobre a mãe, em especial, uma sensação de constante falha diante dos cuidados dos filhos. O relacionamento com a instituição envolve a transferência de sentimentos ambivalentes. Para algumas, o ambiente hospitalar representaria uma “mãe má”, incapaz de fornecer um *colo* seguro. Para outras, ao contrário, o hospital equivaleria à possibilidade de manutenção da vida. A relação com a equipe médica e de enfermagem pressupõe, igualmente, uma relação ambivalente, culminando em sentimentos de não se perceberem acolhidas pela equipe. O sentimento principal de não conseguirem encontrar, no hospital, *mãe e colo suficientemente bons* faz com que desejem recuperar suas subjetividades, mediante um ambiente seguro e protetor, muitas vezes, representado pelo lar, família ou companheiros. Podemos, pois, reconhecer a importância deste estudo que, ao dar voz àquelas mulheres, permitiu-lhes viver uma experiência de acolhimento em um espaço que, muitas vezes, se esquece de valorizar a sua individualidade, percebendo-as unicamente pela função desempenhada e cobrando-as por um amor incondicional que, nem sempre, se sustenta.

**Palavras-chave:** Psicanálise; hospitalização da criança; relação mãe-filho; higienismo; sentimento de culpa.

PAZIAN, R. T. *Mother Feelings in Face of the Young Child Hospitalization: in search of care*. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Faculdade de Ciências e Letras, campus Assis. Post Graduation Program in Psychology and Society. 2007.

Director: Olga Ceciliato Mattioli

**Abstract:** A child hospitalization means a moment of suffering, full of fear, anguish and anxiety. This experience is closed attended by the family, especially by the mother. She is generally seen as someone capable to contribute to the child's health recovery. However, the mother is also touched by the suffering in face of child's sickness and hospitalization. According to this, the report suggests to think about the mother who accompanies her hospitalized child, her strategies to face the experience and the meaning of her role in this context. The search took place in Santa Casa de Misericórdia – Assis/SP. The tool used to collect data was the semi-structured interview to a group of mothers who accompany their two-year children and to the children nursing observation, with psychoanalytic concerns used as guide to their accomplishment. Its construction is based on psychoanalytic concerns, being analysis guided by the free association, transferring and interpretation concepts, allowing us to understand the discernible and hidden content of the verbal and non-verbal speech of each mother, getting close to their anguishes. Besides, these women's psychic development are influenced by social and cultural contexts about motherhood, so that these aspects will also be involved with the analysis done. Analysis demonstrates a sense of exclusive love and dedication conceded to motherhood, as well as a feminine prior condition, still revealing the mother love romantic ideal influence, built in XVIII century. In face of children hospitalization, mothers feel the responsibility to redouble those affections and care. The feeling of blame was the most manifested one by the mothers, making them wish they were in their children's place in this experience, as a way to repair a harm that, unconsciously, they believe to have caused, and they also reveal a relation of identification with their children intensified by that feeling. The feeling of blame is also socially reinforced in consequence of hygienic practices undertaken in the preceding centuries, and they caused a loss of the family knowledge qualities, making the mother feel the fault in face of the cares dedicated to the children. The relationship with the institution involves an ambivalent feelings transfer. Hospital environment represents a “bad mother” to some of them, making them to understand doctor interventions as something invasive and painful. On the other hand, hospital would represent the possibility of life support to other mothers. The relation with the medical team and the infirmary presumes, equally, an ambivalent relation culminating in a sensation of being not well received by the team. The main feeling of being not able to find *mother and care good enough* in the hospital make them wish to recover their subjectivities in a safe place, most of the times, represented by home, family or mates. Since now, we can recognize the importance of this study that gave voice to those women and also gave them the possibility of living the acceptance experience in a space that, several times, forgets to valorize their individuality perceiving them only for the function executed and requiring an unconditional love that doesn't always give them support.

**Key -Words:** Psychoanalysis; children hospitalization; relation mother-son; hygienism; fault.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 10
-----------------	-------

### PARTE I: Aproximando-se do Objeto de Estudo

1. Mãe e Criança diante do Adoecimento e da Hospitalização.....	p. 15
2. A Investigação com o Auxílio da Psicanálise.....	p. 20
2.1. A Entrevista como Instrumento de Investigação Científica.....	p. 23
3. A Construção de um Mito: o amor materno.....	p. 27
4. O Contexto da Pesquisa.....	p. 38
4.1. O Local.....	p. 38
4.2. A Instituição Hospitalar.....	p. 39
4.3. As Personagens da Pesquisa.....	p. 43

### PARTE II: Os Sentimentos Maternos diante da Hospitalização da Criança

1. Iniciando a Pesquisa.....	p. 53
2. A Experiência de Ser Mãe.....	p. 56
2.1. Ser Mãe no Hospital.....	p. 74
3. Os Sentimentos Despertados com a Hospitalização do Filho.....	p. 83
4. Identificando-se com o Adoecimento da Criança.....	p. 101
5. As Mães e a Relação com a Equipe de Saúde.....	p. 110
6. A Representação do Hospital pelas Mães.....	p. 120
6.1. As Diferenças entre o Lar e o Hospital.....	p. 133
6.2. O Pai.....	p. 138

**CONSIDERAÇÕES FINAIS.....p. 147**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p. 150**

**APÊNDICE A.....p. 157**

**APÊNDICE B.....p. 158**

## INTRODUÇÃO

Meu<sup>1</sup> interesse por este estudo nasce de experiências vividas durante a graduação em Psicologia, pela Universidade Estadual Paulista, UNESP, campus de Assis. Minha formação esteve voltada, especialmente, para a clínica infantil e, no contato com cada criança, acabei por estabelecer um interesse maior pelas mães, responsáveis por elas.

Dentre as experiências da graduação, uma delas refere-se a um estágio curricular desenvolvido durante o ano de 2004, envolvendo o atendimento psicoterápico a crianças com idades de 0 a 12 anos, e a realização de psicodiagnósticos das mesmas, em Unidades Básicas de Saúde do município.

Nessa experiência, enquanto estagiária, minha atenção foi atraída pela forma como as mães estabeleciam uma relação com suas crianças, instigando-me a refletir e a questionar a respeito do papel materno e suas ambivalências. A partir das entrevistas de anamnese com as mães que procuravam por ajuda psicológica para seus filhos, pude notar, em seus relatos, sentimentos que pressupunham forte aproximação e intenso amor por eles, expressos no cuidado e na preocupação com o seu crescimento, assim como raiva e impaciência, provocadas pelas dificuldades em educá-los, colocar limites e lidar com a personalidade própria de cada um. Esses sentimentos ambíguos eram sempre permeados e camuflados por um sentimento de culpa. Uso a palavra *camuflado*, porque, na maioria das ocasiões, a culpa não era percebida pela mãe, em um nível consciente. Percebi, além do mais, que esses sentimentos ambíguos existiam durante todo o desenvolvimento infantil, iniciando-se nos primeiros cuidados da mãe com seu recém-nascido.

Também em outro contexto as ambivalências maternas puderam ser observadas. Em estágio extracurricular, desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Assis, no mesmo ano, através da Universidade, no interior de um projeto intitulado “Murucututu: contadores de histórias no hospital”, tive a oportunidade de vivenciar o sofrimento da criança, durante o seu período de internação. O projeto envolvia o contar histórias infantis, contos de fadas ou contos budistas, aos pacientes, adultos e crianças. O ato de narrar histórias era entendido, sob o referencial psicanalítico, como forma de possibilitar àquele que escuta um

---

<sup>1</sup> De sorte a evitar mal entendidos, esclareço que este trabalho está escrito de dois modos: emprego a primeira pessoa do singular, quando se trata de descrever experiências particulares e vividas por mim; uso a primeira do plural, quando as experiências narradas tanto me envolvem, quanto dizem respeito a outros interlocutores - orientadora, autores estudados, leitor etc.

meio de lidar com seus conflitos internos e suas angústias, por meio dos temas que as histórias traziam.

Nesse contato com as crianças e com as mães que as acompanhavam, pude notar não somente o desgaste emocional infantil, como também o abatimento materno. Das mães, ouvi confissões de cansaço pelo tempo que já permaneciam na instituição, pela ausência no lar, no trabalho e no cuidado de outros filhos. Testemunhei a esperança religiosa de que a doença da criança fosse logo diagnosticada ou curada. Presenciei, além disso, atitudes irritadas e cheias de raiva, quando o filho não queria dormir, alimentar-se ou obedecê-las, em qualquer outra atividade. E, muitas vezes, junto ao choro da criança, acompanhei o choro silencioso de sua mãe.

Essas vivências possibilitaram-me observar a intensificação daqueles sentimentos ambivalentes, anteriormente mencionados. Assim, novos questionamentos foram surgindo. Muitos estudos – conforme aprofundaremos posteriormente – confirmam que a presença da mãe desempenha papel importante no restabelecimento da saúde da criança; no entanto, o que verificava, nas experiências apresentadas, era um despreparo da equipe hospitalar para acolher aquelas figuras, como também a inexistência de atividades e/ou atendimentos, da própria instituição ou de outras, específicos para tal clientela.

Alguns hospitais, como forma de humanização da instituição, têm adotado o Programa Família Participante, segundo consulta ao Portal Humaniza. A presença dos familiares junto à criança hospitalizada é entendida, pelo Programa, como uma maneira de minimizar o sofrimento psíquico da criança e fortalecer sua capacidade de reação ao tratamento, uma vez que a participação da comunidade, na instituição hospitalar, facilita a recuperação da saúde da criança. Defendem a consideração e a inclusão do conhecimento e da experiência dos familiares, destituindo-os da condição de espectadores passivos e dependentes para outra mais ativa, responsável e crítica quanto à qualidade dos atendimentos.

Não obstante, programas como esses são ainda escassos para a realidade brasileira, conforme nos revela uma pesquisa feita no DATASUS. De acordo com dados de janeiro de 2007, foram realizadas 168.161 internações de pacientes de até 14 anos de idade, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no país. Crianças menores de 1 ano até 4 anos de idade totalizaram um número de 105.276 internações, para o mesmo período. Para o Estado de São Paulo, os dados apresentados são de 29.933 internações de pacientes de até 14 anos, sendo que, desse total, 17.915 correspondem a internações de crianças menores de 1 ano até 4 anos de idade. O que esses dados não conseguem expressar é o alto número de crianças que, já internadas em

regime hospitalar, enfrentam o sofrimento psíquico dessa experiência, sendo distanciadas de seus familiares e submetidas aos procedimentos médicos e às rotinas hospitalares. O que os dados estatísticos também não são capazes de nos mostrar são as mães presentes ao lado de cada criança. Essas mães sofrem com a experiência de hospitalização do seu filho e com a fantasia ou perigo real de morte infantil; todavia, esses aspectos são, na sua maioria, negligenciados por aqueles que as cercam. A equipe médica, em geral, cobra de modo mais intenso, dessas mães, determinado saber, equilíbrio emocional e disponibilidade incondicional para o cuidado com a criança hospitalizada, a despeito de toda condição de sofrimento delas.

Dessa maneira, mediante as experiências por mim vividas, bem como os dados levantados, meu interesse em me aproximar daquelas mães, acompanhantes de seus filhos hospitalizados, foi se intensificando a ponto de culminar nesta pesquisa. Esta, por sua vez, delimitou-se a partir dos objetivos propostos de constatar os sentimentos despertados na figura materna frente ao adoecimento da criança, durante a hospitalização; como a própria mãe se sente, no desenvolvimento de sua função, no contexto hospitalar. Além do mais, este trabalho almeja lançar um olhar crítico sobre a compreensão do papel materno que se tem, nesses espaços e na sociedade atual, desmistificando o amor materno incondicional.

Apesar da existência de trabalhos que atendam ao sofrimento materno, tais unidades colocam-se como insuficientes para um tema que pode ser ainda mais explorado. Na própria Santa Casa de Misericórdia de Assis, onde a pesquisa ora exposta foi construída e possível acontecer, mesmo que o sofrimento materno seja constatado por enfermeiros ou médicos, nenhuma intervenção é direcionada às mães. O que se tem são trabalhos psicológicos cujo foco é aliviar o sofrimento do indivíduo hospitalizado, tal como propõem a Brinquedoteca e o Grupo Contadores de Estórias, atividades essas desenvolvidas por estagiários de Psicologia da Universidade Estadual Paulista, UNESP. Apesar de os acompanhantes, de maneira indireta, serem também atingidos e promovidos pela ação daqueles projetos, suas intervenções são pensadas, primordialmente, para os pacientes. Isso nos permite afirmar que, na instituição em questão, pouca atenção ou assistência é fornecida às mães que acompanham o período de internação de seus filhos. Refletir a respeito dessa população é fundamental, porque, conforme o exposto, a recuperação da criança depende também da integridade psíquica materna. Assim sendo, não somente a mãe se beneficiaria, sendo ouvida nas suas angústias, como também, em consequência, ajudaria a própria criança.

Definidos os objetivos e a relevância deste estudo, ele pôde, finalmente, ser iniciado. Pensamos em construir um trabalho científico que estivesse pautado na história narrada pelas mães que participaram do mesmo, de sorte a nos tornarmos, igualmente, seus acompanhantes.

O trabalho se divide em duas partes. Na primeira, aproximaremos o leitor do nosso objeto de estudo. Essa parte consta de quatro capítulos, sendo o primeiro a exposição de uma revisão bibliográfica a respeito da hospitalização da criança e suas implicações para a figura materna. No segundo capítulo, apresentaremos o referencial teórico que nos auxiliou na elaboração do estudo, bem como os recursos metodológicos utilizados. Estando nosso interesse dirigido aos sentimentos despertados na figura da mãe frente à hospitalização de sua criança, consideramos os conceitos psicanalíticos como subsídios importantes para a compreensão de nosso objeto de estudo.

No terceiro capítulo, intitulado “A construção de um mito: o amor materno”, faremos uma revisão histórica dos significados atribuídos à maternidade. Sendo esse tema central em nosso estudo, consideramos primordial discuti-lo, uma vez que também esses significados estarão presentes nas falas das participantes da pesquisa, sendo, portanto, também utilizados nas análises empreendidas.

Delimitados os contextos maiores onde a pesquisa se apóia e se situa, quais sejam: o desejo pessoal, o objeto de estudo, sua compreensão social; poderemos expor, finalmente, no quarto capítulo, o espaço propriamente dito, onde o estudo se desenvolveu. Assim, colocaremos à exposição a Instituição onde a pesquisa foi realizada, fornecendo, além de outros, uma reflexão a respeito das instituições hospitalares, e por último, apresentaremos as mulheres que se tornaram personagens deste estudo.

Na segunda parte do estudo, temos “Os sentimentos maternos diante da hospitalização da criança”, no qual faremos as análises e reflexões suscitadas a partir das entrevistas empreendidas. Assim, iniciaremos com o capítulo “A experiência de ser mãe”, abordando as expectativas, os desejos, as fantasias e os conflitos presentes na experiência de maternidade. Esse capítulo se desdobra em outro no qual as mães falam da sua função no ambiente hospitalar.

No capítulo seguinte, discutiremos “Os sentimentos despertados com a hospitalização do filho”, bem como os significados que essa experiência adquire para a figura da mãe. O capítulo quarto compreende a relação de identificação estabelecida pela mãe com o seu filho doente, de maneira a culminar em sofrimento e angústia frente àquela experiência.

No capítulo quinto, esmiuçaremos a relação das mães com a equipe de saúde do hospital, compreendendo os sentimentos ambivalentes que se fazem presentes. Por fim, teremos no capítulo “A representação do hospital pelas mães”, os significados que elas atribuem à instituição, suas queixas, seus reconhecimentos, bem como buscaremos compreender a maneira como o processo de institucionalização age em suas subjetividades. Esse capítulo se desdobra em outros dois, onde as mães expõem seus sentimentos de saudades do próprio lar, família e companheiros, tendo-os como referências de segurança e proteção.

## **PARTE I: Aproximando-se do Objeto de Estudo**

### **1. Mãe e Criança diante do Adoecimento e da Hospitalização**

Ao nos propormos realizar este estudo, consideramos importante nos apoiarmos em outros já desenvolvidos a respeito da hospitalização da criança e sua vivência para a figura materna, de maneira que pudéssemos dirigir nossos pensamentos e olhares àqueles pontos ainda não alcançados. Assim sendo, descobrimos que Castro e Piccinini (2004) efetivaram um trabalho que objetivou investigar os sentimentos de mães de crianças no segundo ano de vida, com e sem doença crônica, com relação a sua experiência de maternidade. A presença de uma doença crônica causa mudanças importantes, na dinâmica familiar, com as constantes visitas médicas, ingestão de remédios e hospitalizações, atingindo emocionalmente não só a criança portadora da doença, como também seus pais.

Em tal estudo, participaram dezesseis díades mãe-criança, sendo oito com crianças portadoras de doença crônica física, há pelo menos um ano, e oito cujas crianças não apresentavam problemas crônicos de saúde. As díades mãe-criança foram selecionadas em dois hospitais públicos de Porto Alegre-RS. Através de entrevistas, foram investigados aspectos referentes ao desenvolvimento infantil e à experiência de maternidade para ambos os grupos, além de aspectos concernentes a impressões e sentimentos sobre a doença crônica da criança, apenas para as mães e os pais das crianças doentes. Foram utilizadas oito categorias temáticas na análise dos relatos das mães: sentimentos relativos à maternidade; dificuldades enfrentadas em ser mãe; autodescrição sobre o papel materno; momentos de separação mãe-criança; impressões maternas sobre o pai da criança; relacionamento do casal; cuidados alternativos; família extensiva.

Em conclusão, o estudo revelou que

[...] a experiência de maternidade no grupo de crianças com doença crônica tende a ser mais difícil do que no grupo de mães de crianças sem doença crônica pelo sofrimento da criança decorrente de sua condição, pelos inúmeros sentimentos controversos despertados nas mães – alguns deles associados à culpa, angústia e superproteção –, pela ansiedade de separação mãe-criança e pelo pouco auxílio de outras pessoas. (CASTRO; PICCININI, 2004, p. 11).

Soma-se a isso que, nas mães de crianças de ambos os grupos, foram identificados sentimentos ambivalentes, diante do desenvolvimento e crescimento do filho, e preocupações com a educação e a imposição de limites.

Também Guirado (2000) procurou refletir sobre os dinamismos psíquicos maternos envolvidos no processo de intervenção cirúrgica infantil sob anestesia geral. O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília-SP (FAMEMA) e permitiu compreender, por intermédio de entrevista com as mães, as angústias vivenciadas por essa figura que deve acompanhar o filho doente.

Observou que a maioria das mães sofre com pensamentos relacionados ao medo da morte do filho, quando este necessita ser submetido a cirurgia sob anestesia geral, apresentando sinais indicativos de ansiedade, fantasias de mutilação e sentimentos de impotência frente à situação cirúrgica. Apontou também a importância da figura materna para o restabelecimento da saúde da criança, em situações de intervenção médico-hospitalar. Afirma que “[...] as falas das mães possuem significado próprio e que as mesmas necessitam de acolhimento para que possam servir de suporte emocional para seus filhos” (GUIRADO, 2000, p. 53).

Falsetti (1990) desenvolveu um estudo que permitiu compreender a relação entre a função materna e o devir psicológico de criança marcada por doença ou deficiência. Em trabalhos realizados na Unidade de Neonatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, foi possível à autora pensar a relação da mãe com o recém-nascido internado com infecções ou mal-formações congênitas ou, ainda, com prematuridade extrema, condições estas de alto risco, envolvendo índice de mortalidade de 50% e prognósticos imprecisos, quanto à possibilidade de seqüelas para aqueles que alcançavam alta médica.

Segundo a pesquisadora, em casos de crianças prematuras ou com hospitalizações durante os dois primeiros anos de vida, os pais evitam vincular-se ao filho ou apresentam sintomas de luto, dando a criança já como morta. “As mães não reconhecem em seus filhos a criança imaginária que haviam cultivado no período de gestação” (FALSETTI, 1990, p. 43). O sentimento que permeia essas mães, como descreve, é o de insuficiência e fracasso, seja diante do nascimento prematuro, seja diante de bebês portadores de infecções congênitas ou adquiridas e mesmo de mal-formações congênitas.

Com base na observação de pacientes crianças ou adolescentes que indicavam em suas anamneses o acometimento precoce de doença grave e de entrevistas psicanalíticas, foi possível à autora pensar a função materna, no processo de constituição do sujeito, a qual foi considerada como a introdutora da função paterna. Também se pretendeu discutir como a Psicanálise interroga o mito do amor materno, a partir do desejo materno e da relação da mãe

com o recém-nascido hospitalizado e os efeitos da separação na unidade bebê-cuidados maternos.

Sendo assim, Falsetti pôde concluir:

O devir de sujeitos precocemente atingidos por doença ou deficiência não é, pois, mais ou menos restrito em possibilidade que o dos sujeitos sadios fisicamente. Em termos psíquicos, as crianças doentes ou deficientes são crianças como as outras, sujeitas às mesmas vicissitudes no processo de constituição precoce. (1990, p. 197).

A autora não nega a importância do desejo do Outro, sendo geralmente a própria mãe, como condição de constituição de um sujeito; contudo, há que se considerar também a possibilidade de o próprio sujeito buscar por novos significantes, que venham a representá-lo.

Wirth (2000) descreve, em um capítulo do livro intitulado *A Relação Pais-Bebê*: da observação à clínica, seu trabalho de observação da relação mãe-bebê, realizado na UTI Neonatal do Hospital São Rafael-RS. Explica que, no pós-parto, a mulher se encontra numa condição regressiva de identificação com o bebê e, nos casos em que o parto é prematuro, essa condição se torna mais crítica, já que o vínculo tem de ser feito com um bebê que nasceu antes do esperado e, mesmo assim, não pode ficar com sua mãe, tendo de ser assistido por aparelhos e tecnologia adequados. A hospitalização representa um trauma para os pais e uma brusca interrupção nos planos familiares.

Afirma que, diante do rompimento da dupla mãe-bebê seus efeitos devem ser amenizados, restabelecendo-se o vínculo entre eles; “[...] para isso é necessário que a mãe tenha no hospital um espaço acolhedor e protetor para que assim ela possa acolher e proteger o bebê” (WIRTH, 2000, p. 209). Mais adiante, acrescenta: “O restabelecimento do vínculo mãe-bebê, rompido pela hospitalização, tem uma função importante para a saúde mental do bebê. As mães e os bebês precisam muitas vezes ser auxiliados pela equipe nessa tarefa” (op. cit., p. 230).

Martini (2000), em estudo publicado no mesmo livro que o citado anteriormente, comenta sobre sua experiência em observação mãe-bebê (ORMB), na enfermaria de cardiologia pediátrica do Instituto de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre. Descreve como a enfermidade do bebê o impossibilita de responder ao investimento afetivo materno, assim como a mãe, também atingida pela enfermidade do filho, não responde às suas manifestações, ameaçando o vínculo entre ambos e comprometendo o desenvolvimento infantil.

Explica que a maioria das mães tem de acompanhar, sozinhas, seu filho doente, rompendo o contato diário com outros filhos, companheiro, casa e trabalho. Essa nova situação faz com que elas necessitem falar e repetir inúmeras vezes sua história, a fim de amenizar suas angústias. Relata que elas requisitam a presença de um outro que funcione como ego-auxiliar, em quem elas se apóiem para continuar atendendo seu bebê e contenham a angústia, diante da possibilidade de morte. Conclui, enfatizando “[...] a necessidade que estas mães apresentam, especialmente as puérperas, de um continente capaz de sustentar o que estão vivendo, para que continuem investindo em seus filhos” (MARTINI, 2000, p. 247).

Carlesso (2005), ainda que desenvolvendo um trabalho cuja preocupação central era compreender a (re)organização do psiquismo infantil, em situação de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), pôde também tecer importantes considerações a respeito da família dessa criança. Ressalta que a família da criança internada também necessita de suporte psicológico, para que continue sendo fonte de referência e segurança ao filho:

Os familiares vivenciavam intensa angústia, submetidos à possibilidade de perda iminente e de serem testemunhas do sofrimento do filho, o qual não foram capazes de impedir. Tais sofrimentos em conjunto com a possibilidade real de morte de seus filhos, emprestam a essa experiência um potencial extremamente desorganizador sobre toda a família [...] (CARLESSO, 2005, p. 165).

A pesquisa bibliográfica apresentada permitiu, pois, constatar o sofrimento que acomete as mães cujos filhos necessitam de intervenção hospitalar, seja por uma razão, seja por outra. Essas mães sentem-se despossuídas do saber sobre seus filhos, sendo esse saber relegado à equipe médica. Apesar disso, percebe-se, nos estudos resenhados, a importância da função materna para a recuperação de suas crianças internadas. As atividades desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia do município de Assis, durante o ano de 2004, permitiram-me observar os sentimentos maternos anteriormente mencionados e, assim, corroborar os estudos discutidos.

Desse modo, tomando-se como referência a bibliografia levantada e a experiência particular, a questão que continua a persistir é a seguinte: como a mãe pode contribuir para a recuperação de seu filho, sendo que ela mesma não recebe, como se percebe, ainda, em alguns hospitais, um acompanhamento psicológico para tal objetivo? Onde essas mães poderiam estar encontrando continência para suas angústias e medos?

Posso afirmar que foi no encontro com o outro – sendo esse outro as mães com quem convivi durante os estágios descritos –, que se delineou o objeto de interesse desta pesquisa e foi nesse encontro que novas impressões e novos questionamentos foram nascendo, conforme já detalhei. Por meio de uma escuta atenta aos conteúdos manifestos e latentes das linguagens verbais e não-verbais daquelas mães, foi-me possível reconhecer o que existia além do que diziam e viviam. Assim, também essa escuta, psicanalítica, estará nos guiando, no estudo por ora proposto, uma vez que reconhecemos que a Psicanálise é a fonte que mais poderia nos fornecer subsídios para aprofundar nosso conhecimento e atingir os objetivos propostos.

## 2. A Investigação com o Auxílio da Psicanálise

Mediante sua prática clínica e uma grande sensibilidade e perspicácia para captar as significações das falas humanas, Sigmund Freud possibilitou o nascimento da Psicanálise. Ao escutar atentamente a fala de cada paciente, Freud “[...] ficava informado e usava as informações obtidas tanto para interpretar o paciente naquele instante, como para ir gradualmente construindo uma nova ciência.” (WINNICOTT, 1989, p. 09). Desse modo, pôde atribuir três sentidos ao termo *Psicanálise*: teoria da personalidade, método terapêutico e método de investigação científica. Por meio de um método de investigação, fez grandiosas descobertas a respeito da natureza humana e do funcionamento – consciente e inconsciente – da vida mental humana, criando uma teoria que contribuía para o tratamento de seus pacientes, graças ao seu método terapêutico.

Mesmo que cada um dos seus três sentidos esteja proximamente ligado aos demais, a Psicanálise é reconhecida, principalmente, como ciência de psicoterapia, devido à prevalência de sua prática terapêutica. No entanto, Freud jamais se prendeu ao rígido *setting* analítico do consultório, permitindo-se analisar quadros, livros, mitos, peças teatrais, instituições etc. Tudo isso foi possível, uma vez que a Psicanálise “sustenta que tudo o que é humano traz a marca do inconsciente e é portanto da sua alçada” (MEZAN, 1988, p. 61), ou seja, a Psicanálise quer revelar o que há de mais profundo em toda e qualquer relação que comporte um sentido humano.

Para que também possamos transpor as quatro paredes de um consultório e utilizar a Psicanálise, enquanto um recurso teórico que nos referencie e nos auxilie em nossa coleta de dados e reflexões trazidas nesta pesquisa acadêmica, deveremos nos apoiar em alguns dos conceitos-chave empregados na sua prática: associação livre, transferência, interpretação e contratransferência. A partir deste momento, cada vez que mencionarmos as palavras *analista* e *paciente*, poderemos estender os termos para *pesquisador* e *objeto* ou *sujeito de estudo*, respectivamente.

Freud percebeu, nos seus atendimentos, que o psiquismo opera em um plano que não é consciente; observou que, na fala de seus pacientes, havia sempre um conteúdo manifesto, aquilo que poderiam descrever e verbalizar, e outro, que se mantinha nas entrelinhas, um conteúdo latente ou *inconsciente*, sendo este último o objeto de investigação, em Psicanálise. Nesse sentido, “[...] aplicar o método psicanalítico é fazer brotar, do estudo de algumas relações humanas, as estruturas profundas que as determinam” (HERRMANN, 1993, p. 134).

A forma de tornar consciente o que, até então, está fora da consciência do indivíduo, se faz através da *interpretação*. Trata-se de um instrumento técnico fundamental do método psicanalítico, e sua função é revelar “[...] uma das linhas de significados, das muitas que se enroscam no dizer do paciente” (HERRMANN, 2001, p. 80). A interpretação psicanalítica está interessada na compreensão do conflito e do desejo do outro: “[...] interpretar é explicar o significado de um desejo inconsciente, trazer à luz uma determinada pulsão” (ETCHEGOYEN, 1989, p. 184).

A interpretação refere-se sempre ao paciente, àquilo que ele nos traz, em suas falas e comportamentos, no momento mesmo de encontro com o analista. Essa afirmação deve ser reforçada, porque, conforme esclarece Etchegoyen (1989), ainda que o analista possa ter acesso à realidade externa e objetiva, esta não lhe é pertinente, interessando-lhe somente o que vem do analisando, a sua forma de assimilar os fatos vividos e de imprimir seu desejo sobre a experiência. Assim, na pesquisa em questão, podemos adiantar que o estudo foi construído a partir das mães entrevistadas, sendo elas o centro de onde parte o conhecimento que se apresenta e se delimita.

Freud descobriu também que o acesso ao inconsciente se fazia por meio do vínculo afetivo formado entre paciente e terapeuta, o que denominou de *transferência*. Descreve, em seu texto *A Dinâmica da Transferência* (1912), que esta envolve uma reedição atualizada das relações objetais infantis do paciente, na presença do analista, ainda que não tenha consciência disso. A transferência é espontânea, porque faz parte de todas as relações humanas, com o diferencial de que, em uma análise, ela estará sendo utilizada pelo terapeuta para que tenha acesso ao inconsciente do outro.

A transferência, enquanto fenômeno do sistema *inconsciente*, pertence à realidade psíquica, à fantasia e não à realidade dos fatos. Isso quer dizer que os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) não podem ser explicados em termos dos aspectos reais dessa relação e sim, ao contrário, se se as referir ao passado. (ETCHEGOYEN, 1989, p. 54).

Freud percebeu, inclusive, que a vida emocional que o paciente não quer recordar é revivida na transferência. Conforme discute, em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), o paciente atua seus impulsos ou conflitos inconscientes, em lugar de recordá-los. Nesse sentido, “[...] podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou *atua-o (acts it out)*. Ele o reproduz não como

lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber o que está repetindo” (FREUD, 1914, p. 196).

Outra importante descoberta de Freud refere-se ao fato de que, em toda relação humana, existe o encontro de dois inconscientes, de que a relação entre analista e analisando é também uma relação bi-pessoal, na qual o paciente desperta sentimentos no seu terapeuta, sendo esse fenômeno nomeado de *contratransferência*. Essa constatação permite ao terapeuta utilizar seu próprio inconsciente como instrumento de trabalho, levando-o a melhor compreender esse outro. No mesmo sentido, os objetos da investigação psicanalítica fazem parte igualmente da vida psíquica do investigador, aproximando-os enquanto sujeitos, anulando a neutralidade científica, muitas vezes idealizada, e sustentando que a busca pelo conhecimento é, ao mesmo tempo, autoconhecimento.

Ao nos apropriarmos dos conceitos de transferência e contratransferência, podemos acrescentar que a interpretação acontece diante desses dois processos descritos, pautando-se “[...] na superposição do passado e presente em que o passado está contido no presente” (ETCHEGOYEN, 1989, p. 199); a interpretação é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, uma vez que não se faz apenas do inconsciente do outro, mas também do próprio pesquisador, além de toda a realidade social que os cerca e os afeta. Essa afirmação nos conduz, pois, a considerar, igualmente, em nossas análises e reflexões, a dinâmica hospitalar na qual as mães, sujeitos desta pesquisa, se inserem, bem como as influências históricas e culturais que determinam o sentido concedido à maternidade.

Apesar de o objeto de interesse principal da Psicanálise ser os aspectos individuais humanos, em hipótese alguma ela entra em conflito ou desconsidera a importância das influências socioculturais na formação da psique humana. Para justificar essa assertiva, apoiamo-nos em Renato Mezan, quando afirma que

[...] a transformação da psique em psique *humana* equivale à sua transformação numa psique *marcada pela cultura*. Disso resulta que a cultura não se opõe à psique individual como o fora ao dentro, mas que ela lhe é simultaneamente interior e exterior: interior porque é aquilo mediante o qual o indivíduo se constitui como indivíduo, e exterior porque não depende apenas dele e continua a subsistir após sua morte física. (1988, p. 62).

Fábio Herrmann sugere que, para utilizar o método psicanalítico em uma pesquisa, é necessária a adoção do conceito de inconsciente relativo, uma vez que, se fosse possível acesso unicamente ao inconsciente definido como “[...] estrutura profunda geradora de sentido humano [...]” (HERRMANN, 1993, p. 136), as investigações psicanalíticas só poderiam se

restringir ao âmbito do consultório. Contudo, podemos afirmar que, além daquele sentido, “[...] cada relação humana comporta múltiplos níveis de determinação. E, para cada um, operações diferentes podem evocar, colocar em evidência, estruturas determinantes de diferente profundidade. A essas estruturas eu chamo de inconsciente relativo [...]” (op. cit., p. 137).

Nessa perspectiva, fazendo uma correspondência aos conceitos aqui definidos, podemos concluir que, quando nossa atenção se dirige para a compreensão do funcionamento do psiquismo das mães que contribuíram com este estudo – em suas nuances individuais e sociais – e nos permitimos ser guiados pelos conceitos de transferência e contratransferência, já descritos, possibilitamos que aquilo que Herrmann chama de inconsciente relativo se revele, para que, depois disso, possamos construir uma interpretação. Segundo esse analista:

Cada vez que nós nos pomos em ação para estudar um conjunto de significações humanas psicanaliticamente, gera-se um inconsciente relativo que tem, que comporta um saber transferencial do estudioso em relação ao objeto estudado. Quer dizer, é como se evocássemos uma transferência. O objeto nos fala, estabelece um campo transferencial semelhante ao estabelecido na situação de consultório, sem que para isso o livro esteja deitado no divã. Mas, de qualquer modo, quando o pesquisador se debruça sobre seu objeto, pensando psicanaliticamente, cria-se um campo transferencial. (HERRMANN, 1993, p. 138).

Por fim, convém, unicamente, afirmar que o fundamental em uma pesquisa inspirada pelo referencial psicanalítico é permitir a emergência dos significados submersos que o objeto de estudo carrega consigo. Muitos são os instrumentos possíveis de serem empregados em uma pesquisa que se apóia na Psicanálise, de sorte que, para este estudo, elegemos a entrevista como recurso metodológico, uma vez que, por meio de uma análise qualitativa, permite retirar o máximo de conteúdo de uma amostra que não precisa, necessariamente, ser de muitos casos.

## **2.1. A Entrevista como Instrumento de Investigação Científica**

A entrevista psicológica refere-se a um instrumento empregado tanto na prática clínica, com o fim de consulta, diagnóstico ou averiguação da necessidade de uma terapia, como na investigação científica em Psicologia. A entrevista, conforme definição de José Bleger (1998), grande estudioso da importância desse tipo de instrumento, é “[...] *um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos*” (grifos do autor, p. 18).

Esse tipo de instrumento recebeu influência dos conhecimentos de diversas teorias psicológicas, dentre as quais a Psicanálise. Em consequência, esse é um instrumento também da pesquisa psicanalítica, fazendo-se importante diferenciar que não é a entrevista que é psicanalítica, mas o método de investigação que o é (MATTIOLI, 2000). A contribuição da Psicanálise está na sua compreensão dos conteúdos manifestos e latentes do discurso humano, a descoberta do inconsciente na dupla terapeuta-paciente, ou entrevistador-entrevistado, os conceitos de transferência e contratransferência. Assim, o objetivo da entrevista, em uma investigação com base psicanalítica, está em “[...] reconhecer a forma geral das emoções de nosso cliente, sua unidade profunda, seu desejo” (HERRMANN, 1993, p. 26).

Em uma entrevista psicológica, é preciso estabelecer um campo transferencial com o entrevistado, para que o inconsciente possa emergir, e informações sobre a estrutura mental da pessoa e sobre o tipo de relação que estabelece com o próximo possam ser obtidas. O entrevistador, tal como o terapeuta, deve manter uma escuta seletiva e, diante das mudanças de assunto, daquilo que é comunicado, do tom emocional, das associações possíveis, deve sempre estar-se perguntando: “Se os dois assuntos são o mesmo, qual o assunto tratado?” (op. cit., p. 35), de modo que a arte da interpretação esteja em “[...] deixar que surja, para [depois] tomar em consideração” (HERRMANN, 2001, p. 157).

Ao afirmarmos que a entrevista deve ser permeada pelo campo transferencial, queremos dizer que ela deve ser configurada pela própria personalidade do entrevistado. É ele quem a dirige, enquanto o entrevistador apenas a controla.

Todo ser humano tem sua personalidade sistematizada em uma série de pautas ou em um conjunto ou repertório de possibilidades, e são estas que esperamos que atuem ou se exteriorizem durante a entrevista. Assim, pois, a entrevista funciona como uma situação em que se observa parte da vida do paciente, que se desenvolve em relação a nós e diante de nós. (BLEGER, 1998, p. 09-10).

A entrevista é uma relação estabelecida entre duas ou mais pessoas, cuja regra básica é muito diferente de fazer uma compilação de toda a vida de uma pessoa. Assim, “[...] nenhuma entrevista pode esgotar a personalidade do paciente, mas somente um segmento dela” (BLEGER, 1998, p. 10). O que libera a entrevista daquela necessidade é justamente, e mais uma vez, a transferência, na medida em que aquilo que o entrevistado não diz, ele atualiza ou vive na relação com o entrevistador, por intermédio de atitudes afetivas que dizem sobre seu modo de relacionar-se com o mundo, com os outros e consigo próprio. Nessa perspectiva, a entrevista envolve, na verdade, a obtenção completa dos dados da relação

estabelecida durante o encontro, de maneira que, ao cumprir com a função de escutar, possa o entrevistador também vivenciar e observar o comportamento da pessoa entrevistada.

Assim, outra importante característica da entrevista é a observação. “Toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas [...]” (BLEGER, 1998, p. 16). Portanto, não somente os comportamentos e atitudes do entrevistado são fontes de observação e análise, mas também é relevante o espaço mesmo onde se dá o fenômeno que a entrevista pretende abarcar. Tal assertiva não pretende negar a participação do próprio observador nesse processo, mas incluí-lo. Assim, “[...] à observação na entrevista acrescenta-se a auto-observação” (op. cit, p. 23), em outras palavras, a observação de sua própria personalidade, seus valores e crenças, ou seja, os conteúdos contratransferenciais despertados, como também a interferência que sua presença provoca no ambiente a ser estudado.

O instrumento aqui defendido envolve uma relação humana com um objetivo específico, em que se pressupõe um lugar, tempo e papéis definidos aos seus participantes, de tal sorte que pode se desenvolver de duas maneiras: aberta ou fechada. Nesta última, as questões já estão formuladas previamente, não podendo ser alteradas. Já, na primeira, o entrevistador tem total liberdade para a formulação das perguntas e suas intervenções, podendo modificá-las de acordo com o contexto da entrevista. Essa liberdade e flexibilidade da entrevista aberta permitem que “[...] o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou – dito de outra maneira – que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado” (BLEGER, 1998, p.3).

Para o caso específico desta investigação, a entrevista será definida como semi-dirigida ou semi-estruturada, sendo formulada por questões básicas, combinadas em perguntas fechadas e abertas que apenas introduzem alguns temas e se apóiam em teorias e hipóteses da pesquisa, estando, assim, num meio termo entre a entrevista aberta e a fechada. Esse tipo de instrumento permite ao entrevistado dirigir ele próprio a entrevista a partir do tema proposto, sem respostas pré-estabelecidas, fornecendo também ao entrevistador a liberdade de intervir com novas perguntas diante de cada caso particular.

As entrevistas, na pesquisa ora apresentada, foram realizadas individualmente e de acordo com os pressupostos teórico-metodológicos expostos. Cada entrevista aconteceu após a aprovação do participante, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>2</sup>, sendo gravada, para posterior transcrição. Foram abordados temas como o significado de

---

<sup>2</sup> O documento encontra-se em anexo.

maternidade para a mãe, sentimentos diante da hospitalização da criança, modificações provocadas pela hospitalização e relação com a equipe médica<sup>3</sup>.

Além do que já foi enunciado, lembramos que a observação também foi um recurso usado, durante a coleta de dados. Considerando-se que a instituição hospitalar é constituída por relações hierárquicas entre funcionários, equipe médica, enfermeiros, pacientes, estagiários e voluntários que participam de seu funcionamento e determinam o modo como deve organizar-se e operar, aspectos como estes deverão igualmente ser tomados como objetos de reflexão, durante a análise dos dados. Por conseguinte, somente a entrevista não seria suficiente para abordar todos os aspectos que se pretende aqui investigar, a respeito da relação mãe-criança hospitalizada, tendo sido necessária, em acréscimo, a observação daquela díade e do ambiente onde se encontra, como forma de colher impressões sobre seus comportamentos não-verbais, para que a pesquisa seja enriquecida. As observações realizadas na enfermaria infantil, enfocando a interação mãe-criança, mãe-familiares e mãe-equipe médica, foram registradas em um diário de campo e serão utilizadas, quando se fizerem relevantes.

Ao realizar as entrevistas, era permitido que as mães falassem sem restrições sobre si e suas experiências, possibilitando-lhes a livre associação de idéias e pensamentos. Nossas interpretações e análises sobre os conteúdos suscitados foram feitas tendo em vista a relação transferencial estabelecida durante as entrevistas, bem como assumindo os conteúdos contratransferenciais presentes, conforme já enunciamos.

Além do mais, como já afirmamos, esses aspectos subjetivos de cada personalidade, que a Psicanálise nos permite apreender, são também influenciados por uma compreensão social a respeito da maternidade, a qual não devemos negligenciar. A cultura é apropriada pelas mães, influenciando a formação de suas subjetividades. Sendo assim, na seqüência, propomos inserir o leitor, de maneira sucinta, no cenário histórico-social que atravessa a pesquisa. Nosso intuito, ao apresentar esse histórico, é estabelecer uma relação de complementaridade entre aspectos sociais e individuais, bem como de enriquecimento do conhecimento.

---

<sup>3</sup> Está em anexo o roteiro da entrevista.

### 3. A Construção de um Mito: o amor materno

Ao abordarmos, neste estudo, os sentimentos maternos diante do adoecimento e hospitalização da criança, consideramos relevante, igualmente, desenvolver uma retrospectiva histórica a respeito dos significados da maternidade, construídos e reconstruídos ao longo dos séculos até atingirem os sentidos atuais, atribuídos à figura da mãe, na sociedade ocidental.

A maternidade, atualmente pensada como a vivência de uma experiência sublime e de expressão de um amor incondicional, nem sempre foi assim definida, tampouco participou dos ideais sociais e individuais de uma época. A exaltação da maternidade e o excesso de responsabilidades atribuídas à figura da mãe são relativamente recentes em nossa sociedade, e somente tornaram-se possíveis a partir do século XVIII, quando o sentimento da infância já havia sido inventado e já participava dos relacionamentos interpessoais.

No período medieval, as chamadas famílias patriarcais não possuíam ainda sentimentos como de intimidade, domesticidade, cuidados maternos, amor romântico ou relação íntima com os filhos, tão comuns para os nossos tempos. (POSTER, 1979). As relações entre seus membros não estavam pautadas no amor, contudo em sentimentos de respeito e obediência à figura paterna. As casas eram grandiosas, de maneira a garantir que nela habitassem os cônjuges, seus filhos, parentes e criados, que eram muitos. Os quartos mantinham comunicação uns com os outros, seus espaços não detinham uma funcionalidade específica, de maneira a não permitir qualquer tipo de privacidade. Muitas vezes, nas classes menos favorecidas, crianças e adultos dormiam todos juntos. As casas permaneciam abertas para o recebimento de visitas, para assuntos profissionais ou divertimentos. A mulher aparecia tão somente em eventos sociais, sua função era receber os convidados em sua casa ou servir como objeto de admiração e valorização da figura do homem, graças à exposição de sua beleza. Durante o período colonial brasileiro, essas mesmas constituições familiares se faziam presentes (COSTA, 1999).

O casamento, nesse período, representava um ato político ou de interesse econômico, e os filhos a continuidade da linhagem. A alta fertilidade, acompanhada da alta mortalidade infantil, era característica primordial das famílias desse momento histórico. Não havia uma diferenciação entre o mundo do adulto e o mundo da criança, de sorte que esta participava de todas as atividades dos adultos: do lazer às brincadeiras sexuais. Não existia ainda uma preocupação especial direcionada às crianças. Cuidar dos filhos não era função das mães,

sendo essa responsabilidade atribuída às amas-de-leite ou às serviçais. Assim, a sobrevivência e o crescimento da criança não estavam a cargo da figura materna, “[...] mas de Deus ou do destino” (POSTER, 1979, p. 208). Os filhos, até então, não ocupavam um lugar central na vida familiar.

De acordo com os estudos de Philippe Ariès (1986), as crianças, até o século XVII, eram tratadas como pequenos adultos, desconsideradas como indivíduos com particularidades e subjetividades próprias. Os pais, ou quaisquer outros adultos, percebiam na criança tão somente uma possibilidade de distração e entretenimento, pelos seus jeitos graciosos de agir. Podemos afirmar que não existia algo como um “sentimento de infância” (ARIÈS, 1986), de modo que os filhos não representavam objetos de identificação e investimento afetivo para seus pais.

Uma vez que a criança não significava, para os adultos dos séculos XVI e XVII, nada além de um estorvo ou mesmo uma desgraça (BADINTER, 1985), nenhum afeto poderia ser direcionado a ela, tampouco o sentimento de amor materno – tal como hoje o entendemos – poderia fazer qualquer sentido, até esse período. A perda de uma criança, por exemplo, não era vivida com sofrimento ou pesar pelos seus pais, como hoje se observa. A mulher desse período não se definia a partir da função de mãe, mas buscava seu papel a partir de interesses e prazeres na vida conjugal e na vida social, nos casos das damas da alta aristocracia, ou nos interesses pelo trabalho no campo ou nas indústrias, no caso das mulheres de classes mais baixas. Pensar em relações de identificação ou de investimento narcísico entre pais e filhos seria impossível neste momento, bem como sentimentos de culpa não poderiam estar ainda presentes.

Em virtude de mudanças econômicas da época, substituindo-se a produção feudal pela mercantil, transformações sociais foram, igualmente, ocasionadas. A criança, por sua vez, deixou de ser tomada como um “adulto em miniatura”, conforme descreve Ariès (1986), e preocupações dirigidas a elas tornaram-se freqüentes. O abandono de crianças ou a entrega de seus cuidados a amas-de-leite, o que, muitas vezes, provocava um alto índice de mortalidade, começaram a ser combatidos, uma vez que a criança passava a ser tomada como um sujeito dotado de singularidade. Assim, a partir do século XVIII, reações críticas foram direcionadas àqueles comportamentos, exigindo-se novos costumes educativos que prezassem uma preocupação psicológica e moral sobre a infância. Um afeto direcionado às crianças começou a ser promovido, a partir dessa época. E assim, concomitante à consolidação de um

sentimento de infância, foi também se delineando e construindo um novo sentimento de família e, em especial, de amor materno.

Ao adquirir *status* diferenciado no meio social, a criança tornou-se objeto de investimentos afetivos, educacionais, científicos e políticos. A construção de um sentimento de infância promoveu diversas modificações na estrutura social e emocional dos indivíduos.

O Estado, por sua vez, também passou a querer investir no mundo infantil, porque a criança poderia se converter em fonte de mão-de-obra e riqueza. Para que isso acontecesse, as crianças precisariam ser mais bem cuidadas e, a fim de atingir esse objetivo, o Estado aliou-se à Medicina – ou Medicina Higiênica, no caso brasileiro –, para que novas posturas fossem adotadas nos cuidados das crianças. A estratégia assumida foi de, primeiramente, valorizar o núcleo familiar, para que, sentindo-se respeitadas, as famílias pudessem ser re-ensinadas e remodeladas.

O objetivo da Medicina Higiênica era conciliar Estado e família, de tal modo que a nação fosse favorecida, formando indivíduos saudáveis e prontos a servi-la, ao passo que a família seria promovida, na sua importância como lugar privilegiado na educação dos indivíduos. A estratégia traçada foi, conforme explica Jurandir Freire Costa (1999), desenvolver “[...] a idéia de que os pais erravam por ignorância. Apesar de irresponsáveis, no fundo eles desejavam para os filhos aquilo que a higiene previa como correto e bom” (op. cit, p. 70).

Sendo os pais colocados como ignorantes nas suas funções, eles eram desculpados por suas “faltas”, contudo não deixavam de ser julgados pelos erros. Assim, para assumirem o *status* de famílias ideais, deveriam se sujeitar às novas técnicas de intervenção propostas pela Medicina, àquilo que esta prescrevia como sendo a conduta, cientificamente, mais adequada. O resultado é o início da produção de um constante sentimento de erro ou de falha, no desempenho dos seus papéis.

Por conseguinte, rotulando as famílias de “incompetentes” foi que a Higiene as invadiu e fez com que acreditassem que, sem os saberes científicos da Medicina, “[...] nada restava, senão o caos, a loucura, a doença e a morte” (COSTA, 1999, p. 74). Esse tipo de tutela se faz sentir ainda nos dias atuais, quando notamos que as famílias continuam dependentes dos saberes científicos, recorrendo à Medicina, Psicologia, Pedagogia, entre outros saberes, para que sejam ensinadas a como educar seus filhos.

A Medicina Higiênica percebeu, igualmente, que o melhor aliado para conquistar seus interesses seria a figura materna. Foi assim que, em fins do século XVIII, no cenário europeu, e durante o século XIX, no cenário brasileiro, “inventou-se” o amor materno, com as diversas publicações e recomendações para que as próprias mães cuidassem de seus filhos.

As modificações advindas com o nascimento desse novo sentimento foram que a mãe foi incentivada a restringir, cada vez mais, a própria liberdade em favor do filho. Também a higiene e a saúde do bebê passaram a exigir a sua atenção e a vontade nova de aleitar ela própria o filho – que décadas antes era considerado um estorvo. A perda de uma criança será sentida de um modo diferente, a partir desse momento. Se, antes, a morte nada provocava na mãe ou no pai, será agora vivida como um drama por ambos, de sorte que “[...] não amar os filhos tornou-se um crime sem perdão” (BADINTER, 1985, p. 211).

A maternidade foi recoberta de um sentido romântico, aproximando o amor materno a um mito ou um afeto natural a toda mulher, como se pode perceber, nos escritos de Elisabeth Badinter:

A maternidade torna-se um papel gratificante, pois está agora impregnado de um ideal. O modo como se fala dessa “nobre função”, com um vocabulário tomado à religião (evoca-se frequentemente a “vocação” ou “sacrifício” materno) indica que um novo aspecto místico   associado ao papel materno. A mãe   agora usualmente comparada a uma santa e se criar  o hábito de pensar que toda boa mãe   uma “santa mulher”. (BADINTER, 1985, p. 223).

O interesse médico em promover novos comportamentos sobre as mães não   fortuito. Por essa via de favorecer a autoridade materna dentro do lar, através da responsabilidade da mãe na educa o das crianças, a Medicina ganha domínio sobre o poder da Medicina popular. Ao aproximar-se da família, em especial da mãe, a Medicina social possibilitou outras implica es, conforme aponta Jacques Donzelot:

Essa liga o orgânica entre o médico e a família irá repercutir na vida familiar e induzir sua reorganiza o em pelo menos três dire es: 1. o fechamento da família contra as influências negativas do antigo meio educativo, contra os métodos e os preconceitos dos serviçais, contra todos os efeitos das promiscuidades sociais; 2. a constitui o de uma aliança privilegiada com a mãe, portadora de uma promo o da mulher por causa deste reconhecimento de sua utilidade educativa; 3. a utiliza o da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa, o hábito do internato. (DONZELOT, 1986, p. 23).

Ao se valorizar o papel da mulher no espaço familiar, a autoridade paterna se enfraquece, as relações com os filhos tornam-se mais próximas, sendo o cuidado destes últimos colocado como responsabilidade da mãe, a intimidade é destacada e a família se reorganiza e passa a ser definida como burguesa ou nuclear, sendo esse modelo de constituição familiar tomado como o ideal, a partir de então.

A família burguesa nasceu, nas áreas urbanas da Europa, em meados do século XVIII, instaurando novos padrões de relacionamentos e de vivências emocionais. Caracteriza-se por apresentar baixos índices de fertilidade e de mortalidade. As relações entre seus membros envolvem intensidade emocional e privacidade. A respeito da família burguesa, José Roberto Tozoni Reis (2004) enfatiza que ela se caracteriza pelo fechamento da família em si mesma, instalando uma nítida separação entre a vida pública e a privada. Estando o mundo do trabalho reservado a um espaço específico, o lar tornou-se o espaço da vida emocional. Assim, a mulher responsabilizou-se por esse ambiente, cuidando da vida doméstica e dos filhos, ao passo que o homem se responsabilizaria por ser o provedor material do lar. Isso resultou em uma dependência econômica da mulher a seu marido, e em outra, psicológica, a seus filhos, tidos como produtos de sua maternagem (ROCHA-COUTINHO, 2005). A condição de ser mulher vinculou-se à necessidade de ser também mãe, numa naturalização e união de ambos os papéis.

As crianças assumiram, diante dos pais burgueses, um lugar de importância nunca antes atingido, consideradas fruto da relação de amor entre um homem e uma mulher. O casamento, em decorrência, também receberá novo significado, acontecendo através de uma relação de amor, em lugar de contratos de interesses econômicos. Da mesma forma, os pais se tornaram figuras de autoridade e com poder de intervenção exclusiva sobre sua prole. É, pois, no espaço burguês que o amor materno se consolida. Nas palavras de Mark Poster:

Uma forma nova de amor maternal foi considerada natural nas mulheres, que tinham não só de zelar pela sobrevivência dos filhos, mas treiná-los para um lugar respeitável na sociedade. Mais do que isso, eram encorajadas a criar um vínculo entre elas e os filhos, tão profundo, que a vida interior da criança pudesse ser talhada para a perfeição moral. (POSTER, 1979, p. 188).

Foi somente após a consolidação dessa nova estrutura familiar que sentimentos de amor entre pais e filhos passaram a existir, carregando consigo outros sentimentos, como a culpa e ambivalência.

Poster (1979) coloca a família como o lugar no qual relações de autoridade e amor se fazem presentes. Explica que as limitações corporais e comportamentais imprimidas nas crianças, durante o seu desenvolvimento, possibilitam a internalização de estruturas que participam da formação da psique, tais como o ideal de ego e o superego. No caso da família burguesa, com seu isolamento no próprio lar, a criança tornou-se dependente de seus pais para suprir seus anseios por afeição. Os pais, em especial a mãe, só poderiam conceder aqueles afetos mediante as condutas dos filhos. A criança deveria aprender a adiar o prazer corporal por amor aos pais, que somente após a formação de tal constituição familiar tornaram-se seus principais objetos de identificação. Amor e autoridade uniam-se nos relacionamentos entre pais e filhos: para receber o amor dos pais, a criança deveria também amá-los, e isso seria expresso através da submissão às expectativas paternas, o que deveria ser feito também com prazer, embora, nem sempre isso fosse possível. O amor e o ódio jamais se fizeram tão presentes no relacionamento entre pais e filhos e, ao exigir-se da criança a submissão aos pais, sentimentos como a culpa e a ambivalência passaram a existir. Ainda hoje, em muitas ocasiões, amor e autoridade se misturam, de maneira que a ameaça de retirada de amor é utilizada para se desempenhar a autoridade sobre os filhos.

Na sociedade contemporânea, marcada por uma economia capitalista, a família tem sofrido novas mudanças e redefinições. De acordo com Poster, “[...] a família tornou-se uma unidade de consumo. Uma nova ideologia de lazer encoraja a família a consumir cada vez mais” (POSTER, 1979, p. 216). Toda modalidade de relacionamento segue o mesmo padrão consumista, de efemeridade e instantaneidade. As relações sexuais são assimiladas à necessidade de acúmulo de experiências, facilitadas também pela atual possibilidade de contracepção. A restrição na proximidade com os filhos, devido ao tempo limitado dos pais modernos, é mediada por tecnologias de virtualidade, como a internet, as mensagens instantâneas ou o celular, bem como o adiamento da satisfação e do prazer deixaram de ser a regra educacional daqueles últimos. Soma-se a isso que as crianças, desde cedo, são matriculadas em escolas, possibilitando um leque de possibilidades de figuras de identificação além das figuras parentais, o que gera uma preocupação e vigilância constante desses últimos para com as novas amizades de seus filhos. Também os papéis atribuídos aos homens e às mulheres entram em debate. Atualmente, cada vez mais os homens têm dividido as tarefas domésticas e o cuidado das crianças com suas esposas, redefinindo seus papéis e suas funções dentro do núcleo familiar.

Igualmente a respeito das modificações advindas com a contemporaneidade, estudos de Anthony Giddens (1993) apontam que o ideal de amor romântico, que imperou durante o final do século XVIII e durante o século XIX, está sendo substituído pelo amor confluyente.

O amor romântico sustentava-se na construção do lar e da família unida, na aproximação entre pais e filhos e na criação da maternidade e sua idealização. O ideal do amor romântico pressupõe uma relação que deve ser “para sempre”, ao passo que o amor confluyente presume uma relação ativa, de intimidade e doação, relacionando-se ao que Giddens (1993) chama de *relacionamento puro*. Ele explicita essa expressão:

Refere-se a uma situação em que se entra em uma relação social apenas pela própria relação, pelo que pode ser derivado por cada pessoa da manutenção de uma associação com outra, e que só continua enquanto ambas as partes considerarem que extraem dela satisfações suficientes, para cada um individualmente, para nela permanecerem. (op. cit., p. 69).

Nesse sentido, a experiência do matrimônio mais uma vez sofre alterações. A escolha pelo casamento persiste baseada no amor, no entanto, não mais se pressupõe ou se exige que seja “para sempre”, de modo que o desejo de manter a relação é algo a ser negociado, proporcionando a existência das atuais famílias recombinadas. A sexualidade, conforme mencionamos, não precisa ser vivida somente dentro do casamento, como também a escolha por ser mãe ou não se torna possível, não sendo mais algo naturalmente colocado à figura feminina, como um destino.

Giddens defende uma modalidade de relacionamento em que os pais permitem aos seus filhos desenvolver uma reflexão sobre si mesmos, o que resulta em uma relação na qual a autoridade dos pais se baseia numa ética de sensibilidade e compreensão. Embora o autor não concorde que esse tipo de relacionamento entre pais e filhos possa resultar em uma “permissividade” descontrolada, percebemos que a dificuldade na colocação de limites é um assunto que tem consumido e aterrorizado muitos dos pais modernos.

Em outra oportunidade, o mesmo autor afirma que os relacionamentos contemporâneos exigem “[...] a *abertura do indivíduo para o outro*” (GIDDENS, 1991, p. 123, grifos do autor), de tal modo que a confiança nos contatos interpessoais deva ser, diariamente, conquistada. Em suas palavras: “Relacionamentos são laços baseados em confiança, onde a confiança não é pré-dada mas trabalhada, e onde o trabalho envolvido significa um *processo mútuo de auto-revelação*” (op. cit, p. 123, grifos do autor). Nesse sentido, a relação entre pais e filhos deixa de ser previamente determinada pelos laços sanguíneos, pressupondo, desde seu início, a existência do amor entre as partes, e passa a se

definir como uma relação a ser construída e conquistada, baseada no respeito e compreensão mútua. Entretanto, a construção dessa relação, em muitas ocasiões, não termina por ser tão ética como se imagina, convertendo-se, conforme os pensamentos de Poster (1979), em um uso e uma junção do amor e da autoridade para a construção e mediação da relação pais e filhos.

Não obstante as diversas modificações suscitadas com a contemporaneidade, podemos reconhecer muitos padrões do ideal burguês ainda em funcionamento, embora sofrendo alguns ajustes. No caso específico desta pesquisa, podemos encontrar, nas mães que contribuíram com a mesma, sentidos concedidos à maternidade e à família calcados em muitos dos significados de amor materno e de família burguesa que reinaram em fins do século XVIII e durante o século XIX, os quais discutimos neste capítulo. Ainda que estejam inseridas em uma sociedade que lhes possibilite outras modalidades de constituições familiares e de vivência da maternidade, seus desejos mantêm-se arraigados àqueles ideais burgueses, almejando reproduzi-los. De acordo com Reis (2004), a família contemporânea prossegue marcada pela associação de amor e autoridade, culminando, diante do processo atual de transformação de valores, em diversos conflitos, especialmente, o sentimento de culpa.

A família moderna preserva o isolamento em si mesma, valorizando cada vez mais a privacidade. Os relacionamentos entre pais e filhos ainda estão pautados na intimidade, na preocupação com o futuro daqueles e no reconhecimento de suas necessidades. A idéia de família se mantém atrelada a sentidos de harmonia, amor incondicional e proteção, apesar de presenciarmos um alto índice de divórcios, provocados por inúmeros motivos, dentre os quais a impossibilidade de viver, concretamente, aqueles ideais.

Ao lado dos desenvolvimentos políticos, econômicos e tecnológicos, as mulheres perceberam ser possível viver outras experiências prazerosas e gratificantes, além da maternidade. Fora isso, o surgimento da pílula anticoncepcional, por exemplo, possibilitou a vivência da sexualidade sem a exigência ou o risco de uma gravidez. As mulheres começaram a se aventurar em outros espaços, conquistando maior independência – afetiva e econômica – de seus maridos ou de sua própria família. Seja por razões de desejo profissional, ou por necessidade econômica, o fato é que as mulheres, apesar da permanência de alguns mecanismos de discriminação, têm conquistado importantes espaços no mercado de trabalho.

Apesar da concretização de diversas conquistas e transformações, o que permanece é o discurso a reforçar a presença feminina dentro do ambiente familiar, como esposa e,

principalmente, como mãe. Também o desejo em viver a experiência da maternidade permanece presente, muito embora, devendo adequar esta experiência a tantas outras que lhe são possíveis, mas, ainda assim, mantendo atuante o mito do amor materno, com seus significados de dedicação, abnegação, docilidade, dom natural, entre outros, como atributos de uma “boa mãe”, conforme presenciamos com as participantes de nosso estudo. Nas palavras de Maria Lúcia Rocha-Coutinho:

A despeito de todas as mudanças ocorridas nas últimas décadas, parece que nossas crenças ainda estão muito ligadas à idéia de que a unidade mãe-filho é básica, universal e psicologicamente mais apropriada tanto para o desenvolvimento sadio da criança quanto para a completude da mãe. (ROCHA-COUTINHO, 2005, p. 125).

Conciliar maternidade e carreira profissional, por exemplo, exige das mulheres soluções buscadas de maneira individual, conforme estudos de Rocha-Coutinho (2005). O sucesso profissional é importante não apenas como uma realização pessoal, mas também para o provimento de uma maior qualidade de vida para os próprios filhos. E, muitas vezes, essa conciliação só se concretiza com a ajuda de outras pessoas, como família, marido, escolas, babás. Além disso, exige da mulher a disponibilidade em viver a “dupla jornada” que a sobrecarrega, uma vez que continua a se pensar que a responsabilidade pelos cuidados da criança e da casa são tarefas principalmente da mãe.

O avanço dos tempos possibilitou à mulher inúmeras conquistas, conforme descrevemos. Para assumir os variados papéis disponíveis – e de certa maneira, atualmente, permitidos – a mulher necessitou também adotar identidades compatíveis a cada espaço ocupado. Ser esposa, dona de casa, mãe, empresária ou trabalhadora exige a disponibilidade de assumir uma identidade condizente com o papel social que se atribui a cada função desempenhada. No caso específico para este estudo, destacamos o papel materno, para o qual a sociedade introduz significados específicos, como os aqui apresentados.

A Psicologia, enquanto produtora de idéias e modelos referentes às relações mãe e filho, tem, igualmente, contribuição sobre os significados atribuídos à maternidade, participando da compreensão social que se dirige àquela e influenciando a formação de subjetividades através dos seus conhecimentos adquiridos. Reconhecendo-se a Psicologia da criança e sua importância para o desenvolvimento adulto sadio, as mulheres passaram a ser ainda mais cobradas para o cumprimento de uma função perfeita.

O resultado de tudo o que vimos expondo, neste capítulo, é a produção de um novo conflito para a mulher. O sentimento de responsabilidade materna, constituído nos séculos

XVIII e XIX, é substituído, nos séculos seguintes, pelo sentimento de culpa materna, o qual, em muitas situações, irá determinar o modo como a mãe se relaciona com seu filho, depositando nele um sentimento ambivalente. Assim, o fato de ser a educação dos filhos a função primordial da mulher no casamento burguês teve nítida conseqüência a perdurar até os tempos atuais:

Se por um lado a mulher era agora valorizada por ser responsável pelo futuro dos filhos, por outro lado essa responsabilidade não deixava de lhe trazer grandes tensões, pois ela seria culpada por qualquer desvio na educação ou mesmo qualquer doença que os prejudicasse. Ela deveria ser uma mãe perfeita para que os filhos também o fossem. (REIS, 2004, p. 110).

A intensa valorização da maternidade como um papel de eterna disponibilidade para com os desejos dos filhos pode ocasionar, para as mães, além do sentimento de culpa, um sentimento de direito de posse sobre os filhos como objetos de seu monopólio. Para os filhos, isso pode representar uma relação opressora e controladora de sua mãe para com eles. (OLIVIER; AZAMBUJA apud MATTIOLI, 1988). Para fugir dessa modalidade de relacionamento, os estudiosos citados apontam a importância de se dividir os cuidados da criança entre o pai e a mãe, além de possibilitar que a mulher não se restrinja ao papel materno, retirando-lhe a responsabilidade exclusiva de educação dos filhos e a participação na formação de suas subjetividades. Contudo, para que isso seja atingido, acrescento também a necessidade de se modificar os sentidos concedidos à maternidade, como os de vinculação natural à feminilidade, de amor incondicional ou dádiva divina, diminuindo sua exaltação, e considerando-a como mais uma vivência entre inúmeras possíveis.

É importante ressaltar, a respeito da contribuição da Psicologia, bem como de muitas outras áreas do saber científico, para a criação de modelos e condutas ideais no desempenho da função materna, que tal influência não acontece de maneira intencional, tampouco consciente. A produção do conhecimento científico é, igualmente, afetada pelo seu momento histórico e social, ao mesmo tempo em que produz novas subjetividades.

Ao fim desta exposição, podemos concluir que os significados atribuídos à maternidade vêm se formando de acordo com seu momento político, histórico e cultural, sofrendo, concomitantemente, influência dos diversos saberes que se constroem a cada período, como aconteceu, e ainda acontece, com a Medicina, Psiquiatria, Psicologia, entre outros. O ideal romântico de maternidade ainda se faz muito presente, no imaginário social. E, na tentativa de manter vivo aquele ideal, muitos pais substituem o tempo ausente ou menos assíduo com seus filhos por um amor desmedido, sem qualquer restrição aos comportamentos

infantis, supervalorizando seus filhos ou superprotegendo-os de frustrações. Todas as modificações descritas em nossa sociedade estão atravessando as famílias, sem ainda se consolidarem, resultando em dificuldades em assumir novos papéis e abandonar os antigos, refletindo-se na moderna dificuldade na colocação de limites. Os comportamentos maternos e paternos atuais parecem mascarar um sentimento de culpa, por não atingirem o ideal de pais e mães que, socialmente, foi destinado a eles, durante séculos, sendo esse sentimento o que mais estará presente nas relações entre pais e filhos, especialmente quando o relacionamento é atingido por alguma intercorrência, como o adoecimento da criança.

## **4. O Contexto da Pesquisa**

### **4.1. O Local**

Uma vez inserido o leitor no contexto social sobre a maternidade, podemos, então, aproximá-lo do espaço mesmo onde a pesquisa se desenvolveu. Como já foi mencionado, a investigação foi realizada na enfermaria infantil da Santa Casa de Misericórdia do município de Assis-SP, tendo esta sido escolhida por ser a única instituição da cidade a fornecer atendimento pediátrico através do Sistema Único de Saúde – SUS.

A seção de pediatria consta de dezoito leitos, divididos em seis quartos, onde as crianças podem ser acompanhadas somente por suas mães ou responsáveis mulheres e receber visitas em horários pré-determinados pela Instituição. Essa seção diferencia-se das outras que formam a Santa Casa pelo seu aspecto físico, apresentando desenhos de flores, árvores e personagens de desenhos infantis, nas paredes dos corredores e dentro dos quartos.

A enfermaria infantil recebe projetos desenvolvidos por estagiários da Universidade Estadual Paulista – UNESP, campus de Assis. O mais antigo deles é a Brinquedoteca Móvel, existente desde o ano de 2000, na qual alunos do curso de Psicologia oferecem brinquedos às crianças, com o objetivo de aliviar o sofrimento e a angústia mobilizados com a hospitalização. Outro projeto também realizado na pediatria é, como já mencionamos, o dos Contadores de Estórias no Hospital, em desenvolvimento desde o ano de 2004.

Há de se considerar que ambos os projetos, vigentes no hospital, têm objetivos específicos, voltados para as crianças hospitalizadas, entendidas como as mais sofredoras, embora os estagiários, muitas vezes, sejam surpreendidos com o desejo de atenção manifestado também pelas acompanhantes.

A Santa Casa de Misericórdia, por fim, não é um hospital de referência para internações de alta complexidade, de modo que crianças com doenças mais graves costumam ser encaminhadas para instituições da região.

Durante o período de coleta de dados, ocorrido durante os meses de abril a agosto de 2006, 484 crianças, com idade entre um mês e doze anos, foram internadas na Santa Casa.

Proponho, neste momento, ao falarmos do ambiente hospitalar, fazermos uma interrupção para refletir um pouco a respeito das vivências, nesse espaço.

#### **4.2. A Instituição Hospitalar**

O estar no hospital, muitas vezes, é associado a um lugar desagradável, onde reinam, principalmente, a doença e a morte.

Sendo compreendido como um espaço que almeja a cura, inúmeras tecnologias foram desenvolvidas para que tal objetivo fosse alcançado. Hoje, encontramos hospitais com aparelhos de altíssima qualidade, capazes de detectar com precisão aquilo que o próprio homem, mesmo com todo seu saber científico, não poderia descobrir ou alcançar. Assim, a tecnologia é colocada como auxiliar em todo tratamento médico. Contudo, diante de todos esses arsenais de combate à doença, somente o corpo, em seu aspecto biológico, foi promovido, negligenciando-se a parte psíquica e social do ser humano.

Não obstante o progresso, nem todas as instituições de saúde possuem as qualidades tecnológicas e estruturais mencionadas. Outras caracterizam-se justamente por não as possuir. No entanto, o mesmo objetivo de combate à doença é o que as mantém em funcionamento, não se diferenciando muito daquelas outras instituições, no que se refere às práticas adotadas. No desejo de alcançar a saúde a todo custo, o homem moderno foi simplificado como uma máquina que, quando doente, necessita tão somente de alguns reparos. Sendo assim, a compreensão atual de saúde é uma valorização do bem-estar, uma eliminação e superação de sintomas, perdendo-se o sentido humano presente em todo adoecimento.

Contudo, há também atitudes que buscam dar outros sentidos, além daqueles apresentados, de modo que muito tem sido feito e pensado, para que o hospital possa ser aproximado a um lugar de vida, de possibilidades e de bons encontros. Tais feitos podem ser exemplificados com projetos como a Brinquedoteca e os Contadores de Estórias, existentes na instituição onde esta pesquisa se desenvolveu, ou com tantas outras iniciativas semelhantes, realizadas em muitas das instituições espalhadas pelo país.

Confrontado com a necessidade de transformar o ambiente hospitalar em um espaço acolhedor, o Ministério da Saúde, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Instituições Hospitalares, desenvolveu o Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar (PNHAH), em vigor desde 2001. Assim, as propostas de melhorias no ambiente hospitalar, já existentes, projetos e ações que vinham sendo desenvolvidos de forma isolada, puderam ser reconhecidos e divulgados para todas as outras instituições, propiciando um intercâmbio de informações e idéias.

O objetivo do Programa é buscar estratégias que facilitem o contato humano dos profissionais da saúde entre si, entre eles e os seus usuários, bem como com toda a comunidade. Assim, seu foco está nos relacionamentos humanos, ambicionando promovê-los. Humanizar, de acordo com o Manual do PNHAH, é garantir o reconhecimento de toda manifestação expressa pelo corpo humano, seja de dor ou de prazer, de sorte que esse reconhecimento possa ser compreendido como dignidade ética. A humanização é, pois, identificada como comunicação.

Especialistas que trabalham com os preceitos da humanização hospitalar garantem que seus benefícios podem ser registrados na redução do tempo de internação, no aumento da sensação de bem-estar dos pacientes e da equipe de saúde e na diminuição das faltas de trabalho da equipe. Sem negar a existência da doença e do sofrimento, é possível, com o desenvolvimento de tais projetos de humanização, transformar o que era paralisia em criação e expressão de potencialidades, desde que pacientes, acompanhantes, profissionais – e mesmo voluntários – sejam tomados como agentes nessas mudanças.

A respeito do adoecer, Gilberto Safra, em conferência realizada na VI Jornada de Psicologia do Hospital Universitário/UEL, em 2006, afirmou que aquela experiência nos fala da condição do humano, de maneira que todo sofrimento conduz à aquisição de um saber sobre si mesmo. Acredita que a dor pode se tornar suportável, quando emprestamos a ela um sentido de finitude, sendo vivida como uma passagem para anseios futuros. Somente assim o sofrimento pode ser vivido como esperança. Safra acredita que muitos sofrimentos e dores da sociedade moderna são demandas de atenção. E explica que atenção envolve uma disponibilidade de tempo e respeito pela singularidade do outro, reconhecendo, naquele corpo em sofrimento, uma história. Encerra, afirmando que a ajuda em aliviar a dor é de extrema importância, mas também o é a ajuda em viver a dor como uma forma de recuperação da sua história, como uma experiência de re-significar a vida. Acredito ser esse sentido o que deve ser resgatado com as práticas de humanização hospitalar.

Nossa sociedade atual preza muito mais o ter, ou seja, a imagem transmitida, do que o ser. Em razão do exposto, humanizar está muito além de paredes coloridas e floridas, a fim

de que a imagem de “Hospital Humanizado” possa ser adquirida. Não nos esqueçamos de que instituições que carregam esse título recebem contribuições financeiras do Ministério da Saúde e, em alguns casos, é apenas esse aspecto o almejado pela instituição. Também não podemos reduzir a humanização tão somente a uma prática de educação, quando um desejo de bom dia, um sorriso, o olho no olho, o tratamento pelo nome pessoal e não por um número de leito, são promovidos. Sem dúvida, esses gestos são extremamente importantes, mas precisam carregar consigo um sentido que vá além da simples educação. Se humanizar envolve uma ética do humano, então é este que deve ser valorizado, nas suas singularidades, nos seus desejos, na sua importância e dignificação enquanto indivíduo bio-psico-social. Pressupõe, mesmo, mudar a compreensão do que é o humano, antes de mudar os comportamentos a ele dirigidos.

Significa dizer que a humanização hospitalar requer que o paciente seja considerado como um indivíduo ativo. A doença é tão somente um aspecto do seu estar no mundo, naquele momento. Estar hospitalizado impõe uma interrupção nas atividades anteriores daquela pessoa, porém não impõe, necessariamente, uma interrupção da sua existência. Assim, a pessoa internada precisa ser tomada como agente participativo no seu processo de cura, sendo informada sobre o tratamento, suas novas rotinas, aqueles com quem vai conviver etc. Nesse sentido, ressaltam Pessini & Bertachini:

Continua sendo importante curar doenças, mas sem esquecer que mais importante ainda é curar o doente; e não somente curá-lo, mas também cuidar dele. É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado. (PESSINI; BERTACHINI, apud MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006, p.7).

O hospital é um espaço que exige novas posturas e entendimentos sobre o cuidar, uma vez que é, conforme afirma Morgana Masetti, em entrevista publicada no Jornal *Folha de S. Paulo*, “[...] um lugar propício para que as pessoas reavaliem seus valores, porque é impossível lidar com a fragilidade humana sem questionar a própria vida.”

Dessa maneira, não é apenas o usuário quem necessita ser reconhecido em sua individualidade e subjetividade, mas também os profissionais da saúde, que necessitam ser compreendidos como indivíduos e não só como peças de uma grande máquina produtora de saúde. Para isso, é necessário perceber que também eles são atingidos pelo medo, pela

angústia, pelo sofrimento e, por isso, são merecedores do mesmo cuidado e respeito que eles próprios dedicam.

Muitas vezes, pensamos que os cuidados dos médicos e enfermeiros são feitos sem envolvimento com o outro, de maneira fria, digamos. No entanto, podemos pensar essas atitudes como uma forma de defesa, para que o trabalho deles possa acontecer. Identificar-se com o paciente e compreendê-lo em sua dor pode promover o cuidado, pois o profissional torna-se capaz de se colocar no lugar do outro e saber como ele está vivenciando aquela experiência. Contudo, a identificação também pode dificultar as atividades, já que ativa todas as inseguranças, medos e traumas do próprio indivíduo. Assim, podemos entender que esse afastar-se do outro, do paciente, é também uma forma de preservar sua identidade profissional.

Ao falarmos da equipe de profissionais, podemos incluir a Psicologia como um de seus membros. Ao abrir as portas para uma nova concepção da pessoa humana, os hospitais acolhem também a Psicologia e tudo o que ela tem a oferecer. Aqui, a teoria psicanalítica pode igualmente ser acrescentada, visto que a compreensão da subjetividade é ponto central da sua clínica, utilizando-se da associação livre, como objeto de trabalho, e da escuta, como ferramenta.

Essa entrada do saber psicanalítico, contudo, não é tão fácil assim. No hospital, a urgência primordial é a orgânica, sendo essa a procurada por seus usuários. Desse modo, o saber médico continua a ser o mais solicitado. Entretanto, existe também, ainda que de forma não assumida, uma urgência subjetiva, porque as pessoas estão diante de “[...] acontecimentos inesperados em suas vidas, acontecimentos estes que, pelo fato de serem inesperados, podem destituir o sujeito do seu ancoramento significativo [...]” (MOURA, 2000, p. 7). Submetido ao tempo e ao espaço hospitalares, o indivíduo perde suas referências anteriores, necessitando encontrar uma nova identidade que diga sobre si, que lhe permita sentir-se como sendo alguém. É diante dessa necessidade que o saber do psicanalista pode agir, sabendo ouvir onde não há nada a ser dito diretamente a ele, já que a demanda no hospital por essa escuta ainda é inespecífica.

O paciente não é o único a ser objeto do olhar e da escuta psicanalíticos. Também a família pode ser favorecida, bem como a equipe profissional, desde os médicos, enfermeiros, como todos os outros envolvidos no funcionamento da instituição hospitalar, afetados igualmente por sua dinâmica e significados.

Podemos notar, com essa discussão, que estamos diante de uma nova modalidade de compreensão do espaço hospitalar. O hospital, que sempre foi caracterizado como o lugar privilegiado para abrigar a doença e a dor, pode ser pensado como espaço de promoção da saúde e da vida. Estas não precisam ser, necessariamente, o fim último dessa instituição, destituindo-a de qualidade. A humanização hospitalar, nesse sentido, não deve ser pensada como promoção da vida a todo custo, porém como uma possibilidade de tornar digna a vida que se detém, respeitando seus limites. É assim que a característica de humano de cada pessoa pode ser resgatada, e o cuidado pode ser aproximado a um ato de acolhimento e confiança.

### **4.3. As Personagens da Pesquisa**

Sendo considerados o contexto social e o espaço onde o estudo se insere, resta-nos apenas apresentar as mães que participaram da pesquisa. Para a construção deste estudo, foram entrevistadas dez mães acompanhantes dos seus filhos, com idade de 0 a 2 anos. O critério de seleção das entrevistadas se deu por meio da faixa etária das crianças, uma vez que trabalhos como os de Winnicott apontam que é nesse período que as crianças se colocam mais dependentes dos cuidados maternos, necessitando de um ambiente confiável para se desenvolver, sendo esse ambiente representado pela mãe. Quanto às mães, elas se mostram mais próximas dos seus filhos, capazes de se identificar com eles, através de uma sensibilidade adquirida naquela função.

A respeito do período de internação hospitalar, Chiattonne (apud CAMPOS, 2005), em trabalho realizado no Hospital Brigadeiro – SP, afirma:

Quando devidamente apoiadas e preparadas para a permanência no hospital, as crianças conseguem permanecer razoavelmente bem durante um período que vai dos 10 aos 14 dias de internação. Passando o impacto da internação e o sofrimento dos primeiros dias, a criança passa por um período de falsa adaptação, onde inclusive pode vir a se alegrar com atividades programadas e com rotinas da enfermagem. Passando este prazo, a criança começa a se sentir triste, insegura, carente, saudosa da família e de sua casa e muitas vezes temerosa sobre a sua melhora física, se o desenvolvimento desta for lento e gradativo. (CHIATTONE apud CAMPOS, 2005, p. 70).

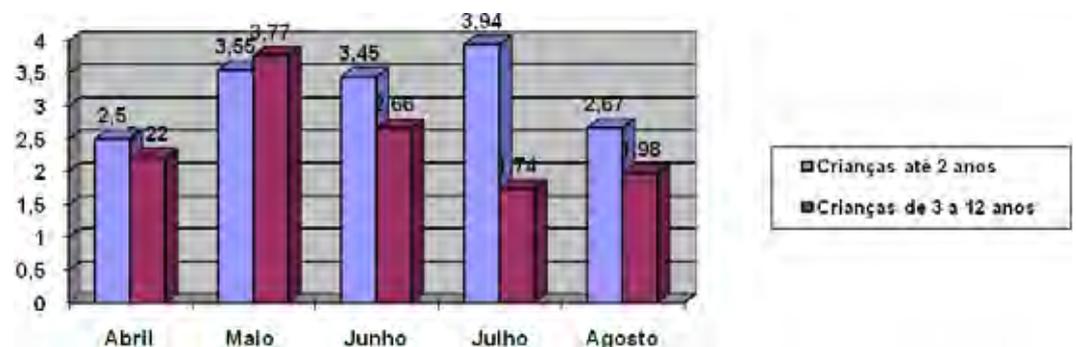
Apesar do conhecimento de que uma internação por período prolongado torna a criança mais mobilizada e estressada, perante os procedimentos médicos e o ambiente

hospitalar, e de que o comportamento daquela pode influenciar sua relação com a mãe, a investigação ora exposta não pôde se definir por tal aspecto. Isso se deve ao fato, já mencionado, de que a instituição em questão apresenta um funcionamento diferenciado, com um tempo médio de internação variando de 3 a 5 dias. Durante o período de realização das entrevistas, a média de internação na enfermaria infantil oscilou de 2 a 3 dias, sendo que a média para crianças de até dois anos foi de 2 a 4 dias. A tabela e o gráfico seguintes podem dar melhor visibilidade sobre esses dados:

	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Total
Crianças até 2 anos	8	45	51	73	52	229
Crianças de 3 a 12 anos	27	64	57	55	52	255
Total	35	109	108	128	104	484

Tabela 1 – Número de crianças internadas por faixa etária.

Gráfico 1 – Tempo médio de internação, em dias, por faixa etária.



A aproximação às mães aconteceu diretamente, sem consulta prévia a prontuários. Apenas entrava em cada quarto, procurava conhecer as mães e suas crianças, explicitando em seguida a pesquisa, seus objetivos e meu papel naquele espaço. As mães eram convidadas a

participar da pesquisa, deixando-as à vontade para aceitar ou recusar. Às que aceitavam, era oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como informadas da possibilidade de realizarmos a entrevista no momento e lugar que considerassem mais adequados. Algumas mães preferiram conversar em lugar mais reservado, no entanto, levando junto de si seus filhos, alegando não os poderem deixar sozinhos. Outras, ao contrário, continuaram no próprio quarto, não se incomodando com a presença de outras acompanhantes e crianças. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Também utilizei um Diário de Campo, onde registrava os acontecimentos presenciados diariamente, minhas impressões e idéias.

Na seqüência, apresento as mães, personagens desta história, juntamente com algumas informações sobre seus filhos:

Maria:

Maria tem 16 anos, é casada e dona de casa. Acompanhava sua única filha de 1 ano e 2 meses, internada há 14 dias, por motivo de anemia e pneumonia, quando se deu a entrevista. A internação totalizou um tempo de 20 dias.

Tem uma relação conflituosa com seu marido, queixando-se muito dele. O marido é alcoólatra, muitas vezes fica dias seguidos fora de casa, passando as noites em bares. Maria não se preocupa com traições, porém se sente insegura quanto ao amor que o esposo diz ter por ela. Relata que, quando está sóbrio, ele a trata com muito carinho, mas, quando está sob efeito das bebidas, a maltrata, manda-a ir embora de casa e diz não gostar dela.

A gravidez foi muito desejada, tanto por ela, como pelo marido. Maria já tinha abortado espontaneamente, em uma gravidez anterior. Por ser fumante, seu maior medo, durante a gestação da filha, era que ela nascesse com alguma seqüela. Durante a entrevista ou mesmo nos dias em que estive na Santa Casa, pude observar que Maria era bastante impaciente com a filha. Sua forma de arrumá-la e sentá-la no leito não me pareciam muito acolhedoras.

Maria mostrou-se bastante disposta a participar da entrevista, mas preferiu não deixar o quarto, afirmando que, se ficássemos sozinhas, não se sentiria à vontade. Era bastante conhecida por todos da Santa Casa, não somente por estar lá há muitos dias, mas também

porque, nas palavras das enfermeiras, era uma “mãe problemática”. Discuti com várias mães e enfermeiras, durante o tempo de internação.

Helena:

Helena tem 29 anos, é casada e dona de casa. É mãe de duas crianças, um menino de 2 anos e 11 meses e uma menina de 1 ano e 1 mês. Acompanhava a internação da filha caçula, que havia sido acometida por gripe e febre fortes. A entrevista aconteceu no segundo dia de internação da criança, a qual acabou recebendo alta no mesmo dia, horas mais tarde.

Conta que seu marido e ela decidiram ter os filhos em épocas próximas, para que pudessem vê-los crescer juntos. Apesar do trabalho que educar duas crianças pequenas acarreta, diz-se muito contente com a experiência.

A entrevista foi realizada no próprio quarto onde estava, com outras mães presentes. Disse que não poderia deixar a filha sozinha, tampouco teria algo a dizer que não pudesse ser dito na presença de outras mães. Colocou-se bastante disposta a participar, afirmando que contribuiria com o que lhe fosse possível.

Ana:

Ana tem 29 anos, é solteira e trabalha como vendedora. Acompanhava seu único filho, de 1 ano de idade. A entrevista ocorreu no primeiro dia de internação da criança, que fora internada por motivo de vômito e diarreia, ficando no hospital durante três dias.

Embora não fosse casada, tinha uma boa relação com o pai de seu filho. Ela mora sozinha com o filho e diz que, mesmo tendo engravidado sem estar se relacionando com o ex-namorado, sempre pôde contar com seu apoio, de sua família e também da família dele.

Fui apresentada a Ana graças a uma enfermeira, a qual gostaria que eu lhe conhecesse o filho, que encantou as enfermeiras todas pelo seu jeito alegre e carinhoso. Estava sozinha no quarto e a entrevista foi realizada ali mesmo. Mostrou-se interessada no trabalho, dispondo-se a participar. No segundo dia após a entrevista, Ana não pôde acompanhar seu filho, porque também ela tinha adoecido, sendo o cuidado e acompanhamento feito pelas avós da criança.

Marcela:

Marcela tem 18 anos, é amasiada e dona de casa. Seu filho de 1 mês fora hospitalizado devido a uma pneumonia. A internação durou 7 dias, sendo a entrevista realizada no quarto dia de internação.

A hospitalização do seu filho fez com que se recordasse de uma filha, falecida no momento do parto. Contou-me da dor sofrida com aquela perda e o medo de que isso acontecesse novamente, com a doença do filho. Muitas vezes, compara o desenvolvimento do menino com aquele em que sua filha estaria, se tivesse sobrevivido.

Diversas vezes em que estive no quarto de Marcela, encontrei-a deitada no leito com o filho, sem demonstrar muito interesse em me receber. Em determinada oportunidade, ela estava sentada ao lado do filho. Quando falei da pesquisa, imediatamente aceitou participar da entrevista, dizendo sentir-se importante com essa experiência, além de entender que conversar faria o tempo passar. Estava sozinha no quarto e a entrevista pôde ser feita, sem que precisássemos mudar de lugar.

No dia seguinte à entrevista, voltou a conversar comigo, queixando-se de estar ainda no hospital, que pensava em fugir e que seu filho “já parecia uma peneira”, de tantas picadas sofridas. Somente em uma noite pude estar com a mãe junto de seu filho, acordado. Ela o tomava em seus braços e se olhavam atentamente, enquanto conversava comigo. Pareciam estar em profunda comunicação, uma comunicação de amor.

Bruna:

Bruna tem 19 anos, é casada e dona de casa. É mãe de uma criança de 1 ano e 11 meses, que fora internada devido a vômitos e diarreias. O tempo total de internação foi de 3 dias, sendo a entrevista realizada no segundo dia de internação. Essa já era a segunda experiência de hospitalização que passava com seu filho.

Seu marido, o filho e ela moram na casa de sua mãe, junto com os irmãos dela. Estar no hospital fez com que seu desejo de ter o próprio lar, ou seja, seu próprio espaço, fosse ativado.

O primeiro encontro com Bruna e seu filho aconteceu no mesmo dia em que se internaram. Quando adentrei o quarto, os dois estavam na janela, olhando o que acontecia na rua, como numa tentativa de não perder a referência espacial que até então tinham.

No segundo dia, já dividia o quarto com outra mãe. Convidei-a a participar da pesquisa e, assim, nos deslocamos para um outro quarto vazio. A criança foi levada junto com a mãe, pois esta não o queria deixar sozinho. Durante a entrevista, a criança ficou rabiscando alguns papéis até pegar no sono, enquanto a mãe permaneceu o tempo todo ao seu lado.

Janaína:

Janaína tem 24 anos, é solteira e dona de casa. Seu filho tem 1 ano e 2 meses e havia sido internado devido a uma inflamação na face. Esta já era a terceira hospitalização da criança. A internação durou 5 dias, sendo a entrevista realizada no terceiro dia de permanência na Santa Casa.

Namorava, quando engravidou, e, embora desejassem se casar, Janaína desistira, ao se ver grávida e perceber que a relação envolvia muitas brigas entre o casal. Continua morando com seus pais, e o pai da criança vai visitá-los periodicamente.

A entrevista foi feita no quarto onde ela estava, sozinha, com seu filho. Enquanto conversávamos, a criança dormia, acordando somente ao final, para ser amamentada. Parecia ter medo de mim, devido ao jaleco branco que usava. Mesmo ao fim da entrevista, Janaína continuou relatando sobre sua família, dizendo que, para ela, esse encontro tinha sido uma forma de desabafo.

Júlia:

Júlia tem 28 anos, é casada e mantém trabalho autônomo. O único filho do casal tem 2 anos e 2 meses, tendo sido hospitalizado por motivo de infecção urinária, seguida de virose. Já era a segunda hospitalização que a criança vivenciava. Esta última teve a duração de 11 dias, sendo a entrevista realizada no décimo dia.

Teve outra gravidez após o nascimento do filho, porém o feto não se desenvolveu e a gravidez foi interrompida. Recorda-se desse momento, mencionando não somente a perda daquele filho, mas, principalmente, o afastamento desse filho, para que ficasse internada, ela mesma, em hospital. Fala da dificuldade vivida em ter que desmamar seu filho, sem que ainda se visse preparada para tal.

Seu filho era uma criança bastante receptiva e conversadora. Quando cheguei ao quarto deles, presenciei a enfermeira tentando fazer-lhe a aplicação de um remédio, mas não conseguia, pois o sangue do menino tinha voltado, secando e impedindo a passagem de soro pelo cateter. A enfermeira chamou a atenção da mãe, dizendo-lhe que ela não podia se descuidar, não podia dormir e, assim que visse sangue no canal do soro, deveria chamar alguém da equipe. Senti que a expressão de Júlia era de cansaço, confundindo-se com aborrecimento e culpa. Eu mesma me senti constrangida com a fala da enfermeira, tendo ficado me questionando se, realmente, a mãe cometera uma falha ou se devesse ser responsabilizada pelo ocorrido.

Ela mesma começou a me contar sua história e as dificuldades de estar ali. Falei a respeito da pesquisa, convidando-a a participar, o que prontamente aceitou. Mesmo dividindo o quarto com outras mães, disse não se importar em continuar ali, porque, segundo ela, não havia nada para esconder.

#### Clara:

Clara tem 32 anos, é solteira e trabalha como doméstica. Sua filha, de 3 meses, havia sido internada devido a uma pneumonia. A hospitalização durou 6 dias, sendo a entrevista realizada no quinto dia de internação. Tem mais um casal de filhos, nascidos de relacionamentos anteriores. Os pais não têm contato com as crianças e a mãe prefere que seja assim. Ela e os filhos moram com os pais e os irmãos dela. Diz ter sentido muito medo de que sua mãe não a aceitasse com mais uma criança, apesar de isso não ter acontecido. Na casa dos pais, ela se sente bastante acolhida.

Estava acompanhada de outras mães, no quarto, e mesmo tendo se mostrado bastante interessada em participar da entrevista, não quis deixar o quarto, alegando ter que ficar ali. Antes, amamentou a filha e depois conversamos. A menina ficou deitada no berço e a mãe sentada ao seu lado. Ao final da entrevista, reclamou que a filha não queria dormir, fazendo manha. Em nenhum momento pegou a filha em seus braços. A criança sorria, ora para a mãe, ora para mim.

Renata:

Renata tem 39 anos, é casada e dona de casa. É mãe de quatro filhas, tendo sido a caçula, de 1 ano e 1 mês, internada por motivo de infecção urinária. Já era a segunda hospitalização que ela enfrentava, junto de sua filha. A hospitalização durou 10 dias, sendo a entrevista realizada no sexto dia.

Na ocasião em que conheci Renata, ela contava para outra mãe, que estava no quarto, a dificuldade que enfrentara ao saber que o diagnóstico da filha era de um “inchamento” no coração. Relatava ter pensado que teria um ataque cardíaco. Pediu para que as pessoas da Igreja que ela frequenta orassem pela filha e, no segundo exame, o diagnóstico alterou-se, de sorte que a criança não tinha mais nada no coração que pudesse preocupá-la.

A entrevista aconteceu no dia seguinte ao primeiro contato. Ela disse que poderíamos fazer a entrevista, se fosse rápida, porque aguardava o médico com o laudo do último exame feito pela filha. Mostrou-se pronta a participar da pesquisa, porém tive a impressão de que ela não queria se aprofundar nos seus relatos. Ao final, contou-me que estava sem dormir há três noites e que acreditava que um tsunami havia passado por sua vida, mas agora sentia que a “água estava abaixando”.

No dia seguinte ao da entrevista, Renata afirmou que os resultados dos exames da filha não tinham sido positivos e que não gostaria de conversar a respeito. Sua filha estava chorosa, gritando toda vez que via uma enfermeira.

Soube, por meio das enfermeiras que, depois de Renata e sua filha terem recebido alta, conseguiram tratamento específico para o caso da criança, em um hospital de referência na cidade de Campinas-SP.

Vitória:

Vitória tem 26 anos, é casada e trabalha como serviços gerais para uma instituição pública da cidade. Seu único filho, de 9 meses, fora internado devido a um quadro de diarreia e bronquite. A internação teve a duração de 3 dias, sendo a entrevista realizada no segundo dia de hospitalização.

No dia da entrevista, Vitória estava sozinha no quarto, tendo todas as outras mães que a acompanhavam já recebido alta. Convidei-a para a entrevista, mas ela se mostrou bastante intimidada, dizendo que não teria muito o que me contar. Pedi que lesse o termo de

consentimento, antes de tomar qualquer decisão. Por fim, aceitou. Seu filho estava bastante irritado. Teve diarreia duas vezes, enquanto eu estava com eles. A mãe o trocou, nas duas ocasiões. Tentava acalmá-lo, mas não conseguia. Achou que ele tinha fome e foi pedir para a cozinheira preparar uma mamadeira. Voltou bastante irritada, porque ainda iriam ferver o leite. Pegou o filho no colo, para acalmá-lo, todavia a criança estava com soro no pé, dificultando segurá-lo. Ela ficou ainda mais nervosa e proferiu uma frase desanimada: “Nem dá para segurar o moleque!”; mas, imediatamente, olhou para mim, desculpando-se e corrigindo o “moleque” por “meu filho”. Iniciamos a entrevista depois que a criança se acalmou. Ela parecia bastante envergonhada, com medo de se expressar, procurando sempre encontrar a melhor palavra. Por isso, tentei estimulá-la a se comunicar como quisesse.

Para que essas informações possam ser consultadas com maior facilidade, resumi-as em um quadro, exposto a seguir:

Nome	Idade	Estado Civil	Nível de escolaridade	Profissão	Sexo da criança	Idade da criança	Doença	Tempo total de internação	Tempo de internação no dia da entrevista
Maria	16	Casada	Fundamental completo	Dona de casa	Fem.	1; 2	Pneumonia e anemia	20 dias	14 dias
Helena	29	Casada	Médio completo	Dona de casa	Fem.	1; 2	Gripe forte e febre	2 dias	1 dia
Ana	29	Solteira	Superior incompleto	Vendedora	Masc.	1 ano	Vômito e diarreia	3 dias	1 dia
Marcela	18	Amasiada	Médio incompleto	Dona de casa	Masc.	1 mês	Pneumonia	7 dias	4 dias
Bruna	19	Casada	Médio incompleto	Dona de casa	Masc.	1; 11	Vômito e diarreia	3 dias	2 dias
Janaína	24	Solteira	Médio completo	Dona de casa	Masc.	1; 2	Inflamação na face	5 dias	3 dias
Júlia	28	Casada	Fundamental incompleto	Autônoma	Masc.	2; 2	Infecção urinária e virose	11 dias	10 dias
Clara	32	Solteira	Fundamental incompleto	Doméstica	Fem.	3 meses	Pneumonia	6 dias	5 dias
Renata	39	Casada	Médio completo	Dona de casa	Fem.	1; 1	Infecção urinária	10 dias	6 dias
Vitória	26	Casada	Médio completo	Serviços gerais	Masc.	9 meses	Diarreia e bronquite	3 dias	2 dias

Apresentadas as personagens e conhecendo-se um pouco sobre suas histórias, damos início à análise das entrevistas realizadas, discutindo seus aspectos mais relevantes.

## **PARTE II: Os Sentimentos Maternos diante da Hospitalização da Criança**

### **1. Iniciando a Pesquisa**

Durante os meses de abril a agosto de 2006, período no qual estive na Santa Casa, muitas coisas pude vivenciar, sem que, necessariamente, estas aparecessem nas entrevistas. Presente todos os dias naquele espaço, pude acompanhar sua rotina e conhecer as pessoas que por ele circulavam.

Minha primeira preocupação se direcionava para a relação com as enfermeiras. Questionava-me como elas receberiam minha presença, temendo que me interpretassem como uma ameaça para a função que desempenhavam ou como alguém capaz de roubar o espaço que elas haviam, há muito, conquistado. Esse temor pessoal era decorrente das experiências anteriores, enquanto estagiária do projeto Murucututu: contadores de estórias no hospital. No início de sua implantação, o projeto enfrentou fortes resistências da equipe de Enfermagem, superadas somente com o decorrer do tempo.

Nessa nova experiência, diferentemente do que imaginava, jamais tive qualquer dificuldade com as enfermeiras, sendo que, muitas vezes, relatavam-me acontecimentos da enfermagem infantil que eu não pude presenciar, além de perceber que depositavam em mim um olhar de esperança e de ajuda para aquelas mães, com as quais não conseguiam se relacionar nem mesmo compreendê-las.

Também acompanhei a troca de turno dessas enfermeiras, algo que sempre me incomodou. A enfermeira que está deixando o turno entra nos quartos, acompanhada daquela que a substituirá; sem pedir licença, relata para a substituta o caso de cada criança, como passou o dia, quais os medicamentos devem ser administrados e, em seguida, ambas deixam o quarto. A sensação de indiferença por quem ali estava me atingia fortemente. O quarto ficava em silêncio e, após alguns segundos, as pessoas que ali estavam voltavam para suas atividades anteriores.

Percebi que a presença de um profissional disposto a escutar era algo quase inédito, naquele ambiente. Muitas vezes confundida com estagiária ou enfermeira, por ter que usar um jaleco branco, fui solicitada pelas mães a ajudá-las ou fui motivo de choro para as crianças, que viam em mim uma pessoa que logo as furaria com alguma agulha. Desfeitas as confusões

e explicitado meu papel naquele lugar, imediatamente as mães começavam a contar suas histórias, o porquê de estarem ali, seus medos, seus sentimentos. Algumas chegavam a afirmar que se sentiam importantes em poder contribuir com o estudo; para outras, era um momento de desabafo. Ainda que minha função não fosse a de psicóloga, percebiam-me como alguém disposto a ouvi-las e, de fato, era isso o que eu buscava: o depoimento daquelas mulheres. Penso que, com a possibilidade de elas serem entrevistadas, recuperavam suas identidades e se tornavam pessoas com algo a *dizer* e que, por sua vez, queriam *ser ouvidas*. No entanto, nem sempre isso aconteceu, de sorte que muitas outras mães nada queriam *dizer*, não havendo demanda nelas, pois buscavam tão somente *ouvir* o saber médico, reinante em tal espaço.

Apesar de o ambiente hospitalar ser dominado pelo saber médico, acredito que nele exista também um lugar para a Psicanálise, podendo esta entrar em cena justamente quando aquele saber não é suficiente, estabelecendo com ele uma relação de complementaridade. Minha ferramenta de trabalho, enquanto pesquisadora em Psicanálise, era a escuta, de modo que o que eu poderia oferecer era “[...] um espaço para que o sujeito fale e possa ser escutado de um lugar outro onde ele não é só aquele paciente, doente ou número de um leito. É ser escutado no mais além [...]” (MOURA, 2000, p.14).

Consideramos importante frisar que a sensação de desconhecimento e de humildade diante do que se poderia produzir junto de cada mãe foi uma constante, durante a coleta de dados. Os sentimentos que desejávamos investigar ainda estavam por ser descobertos, apesar de serem, para as mães, mais que sentimentos despertados: eram uma experiência de vida, uma marca impressa nelas e em suas crianças.

Tendo sido traçado o caminho percorrido para o delineamento da pesquisa, podemos, finalmente, apresentar as análises empreendidas. Para a construção das interpretações, alguns importantes autores serão tomados como auxiliares teóricos. Assim, para a compreensão dos aspectos emocionais e subjetivos, recorreremos a Freud (1974, 1976, 1980), com suas contribuições sobre o inconsciente e o funcionamento psíquico; a Klein (1991, 1996), em suas discussões sobre o desenvolvimento infantil e as relações entre mundo interno e mundo externo; e, por fim, a Winnicott (1978, 1983), com sua teoria sobre o relacionamento mãe-bebê, em seus aspectos emocionais mais primitivos, primando pela importância da existência de um espaço de acolhimento – físico e emocional – para o desenvolvimento de uma relação de confiança.

Os conhecimentos produzidos pela Psicanálise a respeito da função materna foram, igualmente, influenciados pelas condições socioculturais, descritas em capítulo anterior. Enfatizamos que, apesar de defendermos a compreensão do amor materno como sendo um amor construído, essa experiência não é assim vivida por muitas das mulheres e mães, que a entendem como um amor divino e incondicional.

## 2. A Experiência de Ser Mãe

Diante dos conceitos de maternidade, consolidados em nossa sociedade, podemos afirmar que, antes mesmo do nascimento da criança, esta já existe para a mãe, no seu desejo e nas suas fantasias inconscientes, bem como na expectativa de uma sociedade que fez fusão da condição feminina com a maternidade, como afirmamos anteriormente. Neste capítulo, iremos acrescentar, à experiência da maternidade, os conceitos psicanalíticos.

A definição do “ser mãe”, para as participantes da pesquisa, remetia àquele romântico ideal materno, concebido no século XVIII, que associava o amor materno a um ato de dedicação exclusiva e amor divino. Percebemos, em suas falas, que o afeto descritivo de tal experiência é o amor, a relação se constrói através da dependência e o desejo mais manifestado é o de proteger o filho contra quaisquer frustrações ou doenças, sofrendo-as em seu lugar. A significação do “ser mãe” não pode se particularizar, ao contrário, torna-se semelhante para cada uma delas, uma vez que essa função já é assumida e impregnada pelos valores sociais de seu tempo, que prescrevem como deve ser uma boa mãe. Nesse sentido, assim apreendemos:

*“Ah, acho que ser mãe... acho que não tem nem explicação. É uma coisa muito boa. Acho que eu nem sei te explicar o que é ser mãe. Isso foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida.*

*[...] Esse aqui é minha riqueza, acho que não tem presente maior no mundo. Acho que toda mãe que pudesse ter uma criança, devia ter. Porque é muito bom. É muito gratificante isso aqui. Não tem preço isso aqui.” Ana*

*“Acho que ser mãe... pra mim, foi tudo. Porque ele não vai fazer nada, se eu não fizer por ele. Se eu não der mamá, ele não mama, se eu não der banho, ele não toma. Então, ele é tudo pra mim, eu sou tudo pra ele. Ele depende de mim pra tudo. Até pra dormir depende de mim, senão não dorme. Entendeu?! Ah, sei lá, é muito bom. Tem tanto jeito de falar o que é mãe, o que é ser mãe.*

*[...] Tem muita gente que acha que ser mãe é colocar no mundo e só. Isso é mãe. Acho que não. Acho que se você não der carinho, atenção*

*pro seu filho, ver como ele está todo dia, se ele está bem, se ele está mal, acho que isso não é mãe. Agora, você estar ali perto, dando carinho, isso sim é ser mãe de verdade.” Marcela*

*“Ser mãe é aquela mãe que ama o filho, que não mede esforço, sabe?- pra ajudar o filho. Não mede esforço pra eles não vê as dificuldade da vida. Tudo o que você passa na vida, você não vê, mas você sabe repartir com seu filho, você tira de você pra dar pro seu filho. Acho que isso é ser mãe. Você amar um filho desde aqui, da barriga, desde quando ele não veio, amar o filho. E quando nascer, muito mais. Dar toda a atenção pro filho, cuidar muito bem, sabe? E principalmente nas horas mais difícil do filho. Assim, quando é criança, na fase que passa por alguma coisa, no caso de algum problema de saúde, sabe? Você dar toda a atenção, sabe? Você esquecer das coisas do mundo e dar atenção pro seu filho.*

*[...] Olha, é inexplicável. É muito grande a emoção de ser mãe. Eu assim... quando ele era neném, eu ficava imaginando assim comigo ‘E a hora que ele virar e falar: mãe!’. Nossa, aí vem e toca no seu íntimo: mãe! Quando ele começou a falar, nossa! Até hoje ele fala ‘vem mamãe’ e abraça... Nossa! Aquilo parece que eu vou explodir!”*

**Bruna**

*“Eu acho que mãe é... ao mesmo tempo é padecer no paraíso, né? Que a gente passa a viver pra ele. Eu acho que foi tudo na minha vida. Porque agora, todo passo que eu dou, eu tenho que pensar nele, porque ele depende de mim, tudo, tudo ele depende de mim.” Janaína*

*“Hoje, pra mim, ser mãe acho que é, como dizem, tirar água do corpo. Se precisar tirar o coração pra dar pra criança, você tira. Então, sei lá...! Eu, com meu filho, acho que não tem o que eu não faça por ele. O que precisar... Que nem, eu estou há dez dias aqui sem comer direito, sem dormir direito, mas eu sou mãe, eu amo meu filho, passaria isso o ano inteiro se fosse preciso. Pelo meu filho eu passaria*

*isso. Não só isso. Acho que brincar com o filho, dar carinho, dar amor, dar atenção... Acho que tudo isso é ser mãe.*

*[...] É uma coisa que não tem preço, não trocaria isso por nada, não venderia isso por dinheiro nenhum.” Júlia*

*“Ai, agora você me apertou! Deixa eu ver... A gente não pode falar, que cada mãe é diferente, né? Não adianta falar que uma mãe é assim, outra mãe... Mãe eu acho que é tudo igual. Nenhuma... Mãe só muda de endereço, porque mãe tem a mesma preocupação, tem a mesma dor de cabeça... Mãe, pra mim, é isso. Mãe é tudo igual, só muda de endereço.*

*[...] Mãe coruja, que se preocupa com os filhos no dia-a-dia da casa, preocupa mais que o próprio pai. Mãe corre atrás da saúde dos filhos, corre atrás disso, corre atrás daquilo... Sente dor na hora do parto, né? Maior emoção é a dor do parto, eu acho.” Clara*

*“O que é ser mãe? Eu acho que ser mãe é ser tudo. Ser amor, ser carinho, ser companheira, ser amiga, estar ali na hora que você sempre precisar, ser apoio. Acho que ser mãe é isso. É um tudo, ser mãe é tudo. Acho que mãe é tudo.” Renata*

*“O que é ser mãe? É um ato de amor e carinho. Sei lá...! Um ato de amor, não sei. Pra mim é isso.” Vitória*

*“Dar amor, dar carinho, dar atenção, dar afeto. Porque é muito fácil você pôr um filho no mundo, dar o seu filho e falar assim: ‘Eu sou mãe!’. Mãe não é a que pare, mãe é a que cria. Mãe é que dá amor, mãe é que vai na escola, mãe é que se preocupa com o filho, mãe é que na hora que está doente está aqui firme. Estando cansada, estando com dor, mãe está se preocupando com seu filho. Mãe é a que dá a vida pelo seu filho. Mãe é... Olha, seu filho, por mais errado que seja, mãe perdoa o seu filho. Ser mãe é compreender seu filho. Ser mãe é tudo. Um filho muda a vida de uma mãe.” Maria*

O aspecto mais marcante, nesses depoimentos, é a característica de cada mãe poder dedicar um amor infinito e incondicional, aproximando seu papel à perfeição. Poderíamos afirmar que, no primeiro contato com a maternidade, principalmente, a mulher tem a idéia de que a gravidez a enobrece e a eleva, assemelhando-se à Virgem Maria, que toma em seus braços um bebê, filho de um Deus-Pai-Todo-Poderoso. Ela tem a ilusão de que também poderá criar um filho onipotentemente, dedicar-lhe um amor incondicional e receber dele o mesmo.

Tentando captar os significados culturais presentes nessas falas, é fácil concluir que essas mulheres ainda não incorporaram modalidades de relacionamento presentes na contemporaneidade. O sentido do papel materno permanece no pedestal onde foi colocado durante os séculos anteriores, dificultando-lhes reconhecer na maternidade todas suas vicissitudes: seus prazeres, suas dificuldades e limitações.

Também, através de suas falas, notamos o enfraquecimento do poder paterno, colocando a figura materna como mais importante e mais solicitada que os próprios pais das crianças, bem como reconhecendo na mãe atributos naturais, dos quais a figura paterna estaria destituída. Outra reprodução dos ideais que reinaram nos séculos XVIII e XIX, referentes ao amor romântico, direciona-se à correlação do nascimento de uma criança ao amor entre homem e mulher:

*“É um fruto do amor, sabe. Então, vixe!- é inexplicável, ter um filho, é a coisa melhor do mundo, não tem igual. A gente ama muito mais do que tudo.”* Bruna

Assim como a exaltação da maternidade nos séculos passados causou mudanças nos comportamentos femininos, as mesmas podem ser encontradas ainda nos tempos atuais. As alterações no estilo de vida, apontadas pelas mães entrevistadas, somente poderiam ocorrer não apenas depois do nascimento do filho, mas especialmente após o surgimento de uma nova compreensão sobre a maternidade, a qual elas perpetuam nos mesmos moldes dos séculos passados. Afirmam as mães:

*“Mudou assim; eu não posso mais sair... não que eu não posso mais sair, eu posso, mas não como era sem ele. É uma vez ou outra.”* Ana

*“Agora que meu filho nasceu, mudou tudo. Antes eu não estava nem aí. Queria, sei lá, se divertir... Depois que ele nasceu, não. Eu não posso mais ir pra nenhum lugar, porque tem ele.”* Marcela

Podemos afirmar, com base nas entrevistas realizadas, o desejo fortemente presente, na maioria das mães, de estabelecer uma família dentro dos padrões burgueses: pai e mãe unidos por amor, acreditando ser essa relação “para sempre”; filhos pensados como indivíduos a quem dedicam afetos, mas que precisam também ser moralmente educados para se tornarem cidadãos; e todas essas figuras vivendo, juntas, na intimidade do lar. Embora, hoje, existam inúmeras outras formas de núcleos familiares, no imaginário social e, em especial, para as participantes deste estudo, o ideal burguês de família nuclear é tido como a constituição mais adequada, principalmente para o crescimento infantil. Isso, possivelmente, seja decorrente da exigência produzida, pelos saberes científicos e também econômicos, nos séculos anteriores, em se redefinir o núcleo familiar, invalidando e depreciando outras possibilidades que não fossem o padrão burguês da época. Como as influências da contemporaneidade não se fazem de maneira linear, tampouco homogênea, oscilando-se na adoção de padrões atuais e passados, muitos dos ideais burgueses são ainda mantidos em funcionamento ou, ao menos, o desejo em alcançá-los. Para nossas entrevistadas, nos casos em que tal tipo familiar não pôde ser conquistado, como nos casos de mães solteiras, elas apontam complicações e deficiências dessa situação, para com seus filhos:

*“Aliás, eu queria muito ser mãe, ter uma família, me dedicar à minha família. Ter filhos, ter marido.”* Maria

*“[...] A gente casou. É uma família feliz. Ele é o filho que a gente queria.”* Júlia

*“[...] Eu acho que a criança precisa muito de um pai. [...] Mesmo ele [o pai da criança] estando presente comigo, eu acho que faz falta sim. Eu acho que faz muita falta.”* Ana (mãe solteira)

A respeito dos relacionamentos descritos, das mães com seus filhos, notamos reproduzir as novas modalidades suscitadas em consequência do nascimento do amor

materno. As crianças, já no século XVIII, deixaram de ser tratadas como “coisa engraçadinha” ou como “utensílio familiar”, para adquirirem *status* singular, no seio familiar. Essa mudança de posição da criança foi igualmente uma conquista dos higienistas, os quais precisavam dar um novo sentido à infância, a fim de diminuir sua taxa de mortalidade (COSTA, 1999). Aproximando pais e filhos, estabeleceu-se uma relação de intimidade e identificação entre eles, possibilitando o nascimento de novos afetos e vivências subjetivas. À novidade de ser aquela relação mediada pelo amor soma-se a de que as crianças foram também consideradas objetos da autoridade paterna e materna (REIS, 2001). Os pais adquiriram direitos de ação e comando sobre seus filhos que, por se mesclarem com o amor, acabam sendo confundidos e mascarados por direito de posse, resultando em desrespeitos, inclusive atos de violência. Outro aspecto acrescentado ao novo relacionamento estabelecido entre pais e filhos foi que estes últimos passaram a representar a continuidade e o prolongamento da história familiar. No caso específico deste estudo, o que nos é possível reconhecer é que, quando as mães falam do amor dedicado aos filhos, podemos compreendê-lo como um investimento afetivo sobre o outro, ou seja, o filho que se reverte em um investimento em si mesmo.

Assim, a partir do momento em que a relação entre os pais e suas crianças passou a ser mediada pelo afeto, pela intimidade e dedicação, foi-se construindo uma modalidade de relacionamento pautada na identificação narcisista. Sigmund Freud afirma, em seu texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914), que a atitude dos pais para com os filhos é de supervalorização dos mesmos, atribuindo-lhes inúmeras perfeições, ao mesmo tempo em que ignoram as deficiências que lhes são próprias. Os filhos são investidos narcisicamente e se tornam a possibilidade de os pais realizarem, através deles, os desejos que são seus. A criança é apresentada aos pais como “Sua Majestade, o Bebê”, ocupando o “[...] centro e o âmago da criação” (op. cit., p. 108). Assim, nas palavras de Freud, o amor “dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (op. cit., p. 108). Ao investir em seus filhos os melhores afetos que elas poderiam reconhecer em si mesmas, o que aquelas mulheres fazem é investir nelas mesmas, já que, dessa forma, mostrando-se mães perfeitas, elas podem se destacar da multidão, engrandecendo seus próprios egos, sobressaindo-se como mães, não como mulheres simplesmente, mas ainda como pessoas que detêm uma função incomparável na sociedade, aproximando-se de santidades. Devido a isso, aquelas mulheres,

enquanto mães, parecem sentir-se onipotentes, com um corpo suficientemente capaz de gerar um novo ser e, em conseqüência, a maternidade vai sendo enaltecida.

Para a mãe, a criança que está se desenvolvendo, dentro e a partir dela, será um bebê perfeito, capaz de corresponder às suas expectativas sobre o seu modo de ser, suas escolhas, enfim, seu futuro – desejo este fortemente esboçado na fala de Ana, conforme acompanharemos na seqüência. Em geral, essas expectativas correspondem ao desejo dos pais de resgatar as incompletudes inconscientes – ou não - de sua infância. Quando as mães buscam em seus filhos algo de si mesmas, um traço, uma marca ou característica semelhante, tentam reconhecer no corpo do outro que, no fundo, seria elas mesmas, por causa da relação narcísica estabelecida, a história da própria família, em uma correspondência simbólica. A mãe se identifica com seu filho também na corporeidade e, assim, investe nele, como foi igualmente investida pela sua própria mãe e pai, carregando em seu corpo psíquico a memória e os desejos deles, que agora ela deposita e transfere ao próprio filho:

*“Como mãe, eu ficava imaginando um menininho a cara do meu esposo. Aí, [a filha] já eu imaginava assim também, parecida com a gente; essas coisas de mãe.*

*[...] Ah, porque é uma coisa da gente, assim. Não sei te explicar... Uma gentinha da gente também. Cresce dentro de você. Quando cresce nessas famílias que segue muito as tradição, tem o jeitinho de você, às vezes, você escuta dos seus filhos, seus pais falam: ‘olha, você fazia assim, você também era assim’. A gente fica contente de ver que tem um pouquinho da gente. Faz se sentir bem.” Helena*

*“A gente fica nove mês pra ver o rostinho, a carinha... [falou acariciando o rosto do filho]. Sabe, eu imaginava que... que ia vir bonitinho, que ele é a cara do pai dele! Ah, então é uma coisa muito gostosa.*

*[...] Quando ia fazer o ultra-som, estava sempre com a mãozinha na boca. Ainda via os olhinhos, a boquinha, narizinho... [...] É aquela emoção de ver aquele bebezinho tão pequenininho dentro da barriga da gente. E pensar que isso sai de dentro de mim... É uma emoção muito grande.*

*[...] Eu era muito sozinha... Eu morava sozinha. Eu deixei de morar com meus pais, para ser independente. Então, tudo que eu queria era uma companhia pra mim. Então, por isso que eu sempre quis ter um bebê comigo, alguém que ficasse comigo, que me desse proteção. Que o dia que ficasse maior, quem vai me proteger é ele, ele que vai ser o homem da casa. Eu sempre quis ter um homem, por causa disso. Então, pra mim, ele foi um presente de Deus. É muito bom.*

*[...] E agora mais do que nunca, eu tenho que ter força pra proteger ele, pra dar uma educação legal pra ele. Para um dia ele poder crescer e ser alguém.*

*[...] Ah, quero que meu filho faça faculdade... Eu até brinco com ele, que... às vezes, meu pai e minha mãe até acham que eu sou maluca... eu falo que ele é um futuro juiz. Eu profetizo isso e eu tenho fé em Deus que um dia ele vai ser um juiz.*

*[...] Um desejo assim, de mãe. Eu quero que seja. Mas se ele não quiser não vou impedir de ele ser outra coisa. Mas o que eu puder fazer para ele ser, eu vou fazer. Mas se ele não quiser não vai ter jeito, né?! Mas eu queria muito que fosse...” Ana*

*“Achava que ia nascer branquinho, com bastante cabelo, mas não, rosto nunca consegui imaginar. Então, quando nasceu era a cara do meu marido, depois que foi mudando. Nariz igualzinho o do meu marido, tanto que eu não queria nasceu igualzinho.” Marcela*

*“Mas o dia lindo mesmo na minha vida foi o dia que ele nasceu. Foi o dia mais feliz, assim. E ele nasceu, ali, quando eles mostraram ele pra mim, nossa!- eu chorei demais. Não acreditava que era meu filho, sabe. Foi um dia muito feliz.*

*[...] Porque foi gerado dentro da gente, é da gente, né? Deus fez, então, está dentro da gente, ali; então, sei lá, acho que é por isso. [pausa] E conforme foi passando, a gente ficava olhando o que parece com quem. Os dedinhos... ‘ah, a unha parece com a sua, amor. Ah, o olho...’. E isso e aquilo, sabe? Vendo as características da*

*gente, sabe? É um fruto do amor, sabe? Então, vixe! É inexplicável. Ter um filho é a coisa melhor do mundo, não tem igual. A gente ama muito mais do que tudo. A gente ama Deus primeiramente, mas um filho...” Bruna*

*“Foi acho que a melhor coisa que aconteceu na minha vida. Acho que foi a maior alegria. O momento mais feliz da minha vida foi na hora que eu escutei o choro, o primeiro do neném. Na hora que eu escutei o chorinho dele... é uma coisa que não tem como a gente segurar: a gente chora. E a primeira vez que a gente vê a carinha? Você vê e: ‘olha, o narizinho igual ao meu, olha o olhinho igual do pai’. Então, foi a melhor sensação, a melhor coisa que aconteceu na minha vida. [...] Ele, eu imaginava desse mesmo jeitinho, só que eu pensava que ele ia ter o olhinho claro. Só. Mas, eu sempre pedi a Deus um filho que fosse grandão, uma criança saudável, uma criança alegre. Eu sempre falava que eu preferia ter uma criança bem peralta do que uma criança triste. E o [filho] é uma criança carinhosa, ele é amoroso... [...]. É o meu filho.” Júlia*

*“Ah, eu ficava pensando... eu queria que meu filho nascesse logo para eu ver a carinha dele... Mãe é assim, mãe é boba, né?! Então, assim, como seria, essas coisas assim... Quando vê outras crianças fica imaginando: ‘ah, como minha criança vai ser?’. É uma sensação gostosa.” Vitória*

*“Eu pensava assim, que ela ia me trazer alegria, só ia nos trazer alegria, como trouxe mesmo. Apesar de muitas preocupações também que ela nos deu, entendeu? Mas muita alegria, até hoje. Ela é a nossa alegria.*

*[...] Eu achei que seria uma bênção de Deus na minha vida. E foi mesmo, na verdade. Se ela está aqui, foi porque Deus permitiu que ela estivesse, né?” Renata*

Ao descreverem seus filhos e as expectativas diante do nascimento deles, percebemos que seus enunciados refletem, em acréscimo, um ideal sobre a infância. Desejam para os filhos felicidade, saúde, qualidades afetuosas, futuros promissores etc. Assim como a maternidade é revestida por um sentido romântico, o mesmo acontece com os filhos, que são associados, muitas vezes, a anjos ou a pequenas criaturas perfeitas, concedidas por Deus, como acontecia na arte do século XIII, conforme Ariès retratou (1986).

Em termos psíquicos, o filho que ainda não nasceu pode corresponder ao desejo da mãe, principalmente, de ser um filho perfeito e que satisfaça suas incompletudes inconscientes. Logo após o nascimento, o bebê é ainda o bebê imaginário, aquele que foi idealizado por seus pais e, nos termos do psiquiatra e psicanalista Serge Lebovici, representa “[...] um prolongamento de si aos olhos da mãe” (LEBOVICI, 1987, p.123). A mãe terá de solucionar um conflito existente entre um investimento de tipo libido narcísica e outro de tipo libido de objeto. “De um lado seu corpo está dolorido, ela está fatigada, ela aspira ao repouso, a uma reflexão sobre ela mesma. Por outro lado, ela se sente chamada a doar seus cuidados a um bebê que tem fome, deve ser limpo, grita, e em definitivo, lhe faz conhecer suas necessidades” (op. cit., p. 123). Para que uma nova relação se introduza, a criança deverá ser reinvestida pela mãe, para que seja percebida como um ser humano real e particular, com desejos próprios. Também o sentido da maternidade deverá ser redefinido, muito embora nem sempre a relação narcísica dos pais para com seus filhos seja totalmente superada. De acordo com Lebovici:

De início, ela [a mãe] deve reelaborar o luto de seu estado de gestação e de filho imaginário, perfeito, ideal, e conforme cada um dos desejos, nisso incluídas as contradições. Em seguida ela deve fazer o trabalho inverso: o de *atacar* a criança recém-nascida dos desejos, das esperanças, dos sentimentos; em definitivo, ela deve efetuar o trabalho de “abrir caminho” em sua vida mental a este recém-vindo. (LEBOVICI, 1987, p. 125).

Ao final da gestação e durante algumas semanas, após o parto, a mãe torna-se capaz de identificar-se com seu bebê, colocando-se sensivelmente adaptada às necessidades dele, conforme definição de Donald W. Winnicott, a respeito da *preocupação materna primária*:

A criança é associada pela mãe à idéia de um “objeto interno”, um objeto imaginado para ser instalado dentro e aí mantido apesar de todos os elementos persecutórios que também têm lugar na situação. O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que o traço predominante nesta seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê. (WINNICOTT, 1960 [2001], p. 21).

Aqueles elementos persecutórios poderiam ser pensados pelo fato de o bebê que nasce desapontar a mãe, na sua fantasia de criar uma criança perfeita e que não lhe cause incômodos. Nesse contexto de conflito entre um bebê imaginado e um bebê real é que podemos afirmar o ódio da mãe para com seu filho. Winnicott oferece, em seu artigo *O ódio na contratransferência* (1947), uma lista das diversas razões que toda mãe apresentaria, como justificativa para aquele sentimento. A primeira delas seria a de que o bebê não é tal como ela o produzia mentalmente, tampouco nasce do seu simples desejo. A gravidez e o parto são um risco à saúde da mulher e, se esta sobrevive ao nascimento do bebê, ele passa a ser uma interferência na sua vida privada. Ela deve amar seu recém-nascido, suas excreções e seus vômitos, suportar as mordidas e os machucados que provoca em seu mamilo, enquanto é amamentado. A mãe dedica-se ao seu bebê, porém, nenhuma retribuição ou consideração recebe dele, ainda.

Não obstante, os mal-estares ou incômodos advindos com o nascimento da criança, suas birras ou desobediências, nada disso pode ser mencionado, tampouco conscientemente vivido, devido à culpa que o reconhecimento de sentimentos aversivos poderia provocar. Daí as mães entrevistadas terem receios de mencionar as dificuldades e os conflitos vividos com o papel materno. Nessa perspectiva, somente conforme prosseguíamos com a entrevista, o sentido de perfeição e romantismo dado à sua função de mãe ia-se desconstruindo e as dificuldades podiam ser enumeradas, tais como as referentes a questões financeiras, educação e limites, ou até mesmo com relação aos medos dos primeiros cuidados e, em especial, aos adoecimentos vividos pela criança.

*“É difícil: quando o pai da minha filha, às vezes, ela fica com manha e essas coisas, eu tento corrigir, mas não com tapa. Deixar chorando e falar ‘é manha’. Ele acha ruim, ele vai querer agradar a menina, paparicar, depois a menina cresce aí, me desrespeitando. Isso que eu acho que é o ruim. É difícil educar.”* Maria

*“No primeiro eu tinha muito medo de dar banho. [...] Porque é muito frágil o bebê. Você fica morrendo de medo, pelo menos no meu caso, eu fiquei morrendo de medo. Aí, na segunda [gravidez], eu tive mais... assim, mais tranqüila, não tive mais medo.*

*[...] As dificuldades é assim, é com a educação. Que às vezes, a mãe quer proteger mais e o pai chega do serviço... às vezes, é o pai que quer proteger. Tem esses probleminhas, assim. Mas, tirando isso, tudo bom.” Helena*

*“Ah, assim: quando eu saí do hospital, eu não dei banho nele, não; porque eu não sabia. Era meu primeiro filho, então eu não sabia. [...] Agora, só sou eu, tem que ter um cuidado muito grande com ele... [pausa] eu tinha medo de derrubar ele... Tinha medo... Mas depois, tudo bem. Eu cuido super bem dele, minha mãe até se surpreendeu por ser a primeira vez. Nossa! Eu... o que eu posso fazer por ele, eu faço, entendeu?! Eu cuido com carinho...*

*[...] Dificuldade tem, né? Lógico que tem. A gente quer dar o melhor pra ele. Quer dar tudo de bom, quer dar coisas boas pra ele... Acho que o que estiver ao meu alcance eu compro, deixo de comprar pra mim, pra comprar pra ele. Mas, fora isso, não tenho do que reclamar, não.” Ana*

*“Pra mim, está fácil até demais. Eu achava que assim, eu não ia saber como cuidar dele, cuidar do umbigo dele, limpar. Que eu ia ter medo. [...] Troco ele e dou banho todo dia. Ele não dá muito trabalho, só quando está com dor. Mas é muito raro. Quando ele está com dor, o pai dele cata ele, dorme um pouco com ele. Não é tão difícil cuidar dele.*

*[...] Eu achava que ser mãe não era tão difícil assim, não. Mas é, hein?! É difícil... bastante. Ainda mais quando é nenezinho, assim. É mais difícil ainda. Você ver que está judiando do seu filho, picando ele um monte de vezes e você não pode fazer nada. Quer tirar ele daqui, levar ele embora e eles não deixam.” Marcela*

*“Não dá trabalho nenhum. Porque a maior alegria da gente é ver o filho com saúde, perfeito, brincando, tudo. Então, é a maior alegria da gente. Então, não dá trabalho nenhum mesmo. Ele faz as arte, as baguncinha dele, mas, nossa! não pode nem pensar que dá trabalho. [...] Tem, tem as horas difícil, né? Tem as parte difícil porque tem momentos que o filho pede alguma coisa e a gente não tem, né? Essa é a parte difícil, e a parte mais difícil também é quando fica doente, né? Esses são os momento mais difícil de uma mãe, quando você vê seu filho doente, passando por alguma coisa difícil, você não quer aquilo pro seu filho, mas o que você pode fazer? Se a gente pudesse estar no lugar dele, até quando fica doente, fico pensando: por que não deu em mim, por que vai dar nele, por que eu não fiquei doente? Penso assim: podia ser em mim e não nele. [...] Por isso que a gente, mãe, quando o filho fica doente, a mãe não consegue fazer mais nada.” Bruna*

*“Olha... até hoje, eu não tenho dificuldade nenhuma. Tenho uma preocupação. Acho que toda mãe deve ter. Será que eu vou saber educar? Será que eu vou saber criar? Será que algum dia ele vai me cobrar alguma coisa que eu não estou fazendo agora? A gente se preocupa muito com isso.” Júlia*

*“O único medo, o meu medo era que eu não conseguisse sustentar ela. Meu medo, mas... até agora não faltou nada, graças a Deus. Foi completamente diferente do que eu imaginava quando estava grávida dela.” Clara*

*“Você tem dificuldade e responsabilidade, tem que ter, né? Eles dependem de você. Eles esperam que você dê tudo a eles, o apoio deles é eu, na verdade.” Renata*

*“É difícil criar um filho porque hoje, por ter muita droga, adolescente que usa droga, que rouba por aí, então isso é difícil. É uma coisa, assim, que preocupa muito a gente, desde pequeno.” Vitória*

As dificuldades apresentadas podem ser também entendidas à luz das questões sociais e culturais da atualidade. Já afirmamos que o sentido concedido pelas entrevistadas ao papel materno continua calcado nos mesmos valores do século XVIII, de dedicação integral e amor incondicional aos filhos; contudo, essas mulheres convivem com uma realidade que nem sempre lhes permite dedicar-se integralmente aos filhos. Os desejos de que a educação seja suficientemente adequada, de que possam oferecer aos filhos tudo a que aspiram, de bem cuidar, enfim, revelam um medo de não conseguirem cumprir com o papel a que estão designadas. Se os filhos forem reconhecidos como perfeitos adultos, no futuro, felizes e realizados, para elas, significa, então, que souberam ser boas mães.

Outra fantasia produzida no inconsciente materno e relacionada ao nascimento da criança gira em torno do estado de saúde e doença daquela, com o desejo de a mãe ser suficientemente capaz de conceber um bebê sadio, física e emocionalmente. Winnicott (1994) afirma que, apesar de a mãe ser biologicamente apta a produzir um bebê vivo e perfeito, em termos psicológicos, essa capacidade ou aptidão não é total nem completa. Quando as fantasias se concretizam, nascendo um bebê com alguma deficiência, o temor da mãe – e também do pai – é intensificado, sobrevivendo a culpa e o sentimento de incompetência. Melanie Klein (1969) esclarece um pouco mais essa idéia, explicando que o medo materno, a respeito do bebê que pode gerar, está relacionado aos ataques sádicos que a criança pequena fez a sua própria mãe, em fantasia. A criança teme que também tenha sofrido ataques, no interior de seu corpo, como retaliação materna, de forma que, quando adulta e na experiência de ser ela então mãe, essas fantasias são reativadas. Assim, ao dar a luz, a mulher pode desmentir suas fantasias de ser incapaz de gerar uma criança, especialmente uma criança saudável. Afirma Klein:

O nascimento do filho, em seu inconsciente, não significa tão somente que o interior de seu corpo e os bebês imaginários se encontram ilesos e novamente perfeitos, mas vem invalidar todas as classes de temores associados com a idéia de crianças. Ele demonstra que os bebês no interior de sua genitora (seus irmãos e irmãs) e o pênis do pai (ou o pai), que foram vítimas de seus ataques imaginários, assim como sua própria mãe estão ilesos e novamente restabelecidos em sua integridade. Ter um filho representa, pois, restaurar um bom número de objetos e, em alguns casos, até mesmo recriar um mundo inteiro. (KLEIN, 1969, p. 301).

Esses ataques que a criança dirige à mãe e teme que se voltem contra ela própria, destruindo seu mundo interno, somente podem ser assim compreendidos por que nossa sociedade desenvolveu um modo de relacionamento entre pais e filhos no qual o único afeto que se pode fazer presente é o amor. Quando a raiva ou o ódio são provocados, não podem ser

aceitos pelo sentimento social, que irá puni-lo “na mesma moeda” ou, dito de outra forma, na mesma intensidade com que foi expresso, rotulando-os como filhos ingratos ou pais indignos. O que era social passa a ser vivido nas experiências internas, nos inconscientes de cada mãe, nas suas vivências infantis mais primitivas e arcaicas.

No mesmo sentido, tais fantasias e temores não poderiam deixar de manifestar-se nas mães entrevistadas. Assim, aí temos a comprovação:

*“Eu fiquei com medo das dor, na hora que começou vir uma dor atrás da outra, eu queria morrer, que falei que não queria mais ter filho, que não sei o quê. Mas tinha aquele negócio: eu tive medo de ela nascer com algum defeito, com alguma coisa, seqüela, sei lá. Era o único medo que eu tinha.”* Maria

*“A gente pensa muito nessa parte, a gente fica preocupado, durante toda a gravidez, com essa parte. A gente fica imaginando como vai ser. Se vai ser perfeito, sabe? A gente pensa que cor vai ser o olho, que cor vai ser o cabelo, como vai ser? Vai ser grande ou vai ser pequeno? Tudo isso, aí. Mas a parte mais assim, quando está sendo gerado mesmo, é essa parte. Aí, mesmo quando a gente faz o ultrassom, vê tudo, ainda fica uma dúvida. Enquanto a gente não vê que saiu da barriga, você pegou, você viu ali que está tudo certinho, a gente não tem paz, não fica em paz. Daí, quando ele nasceu, que eu olhei, que eles mostraram ele pra mim, eu olhei, vi tudo perfeitinho, tudo certinho, sabe? Isso... nossa! eu fiquei muito feliz.”* Bruna

*“E o medo era de perder ele, né? De perder. Que eu tinha medo de ter hemorragia, por causa da fraqueza, então meu medo era perder ele.”*

Janaína

*“A sensação mais gostosa do mundo é na hora que a gente sente o choro dela, que nasceu com saúde, perfeita. É a maior felicidade do mundo.”* Clara

Devemos ainda acrescentar, ao exposto, outros aspectos inconscientes que se colocam na relação mãe-bebê. As vivências que descrevermos só poderiam fazer sentido após a formação de uma família nos moldes burgueses, no qual o relacionamento pais-filhos era muito mais próximo, íntimo e carregado de novas significações. Os únicos objetos de identificação para a criança eram seus próprios pais, uma vez que seus contatos ficavam restritos ao âmbito do lar. Como já foi dito, ainda que hoje tenhamos diversas possibilidades de constituição familiar, aqueles ideais burgueses continuam a existir, estimulando o mesmo tipo de relacionamento e desejos.

Em vista disso, em termos psíquicos, o que a mãe oferece ao seu recém-nascido são suas fantasias e seus investimentos libidinais e narcísicos, que envolvem o pai da criança e os seus próprios pais, igualmente. De acordo com Lebovici (1987), o nascimento da criança faz reviver os conflitos edípicos da mãe, sendo a criança a realização do desejo de receber um filho do pai, além de completar a mulher e permitir-lhe negar sua castração.

Freud (1933 [1932]), ao falar da transformação da mulher em mãe, expõe a revivência de uma identificação dela com sua própria mãe, remontando a uma fase pré-edípica, comum ao menino e à menina, para quem a mãe, devido aos seus cuidados com higiene e alimentação, torna-se seu primeiro objeto amoroso.

O desejo da mulher em ter um filho e tornar-se mãe refere-se às suas primeiras relações objetais, em que o desejo primordial é receber um filho do próprio pai. Para essa conclusão, Freud apresenta o desenrolar do complexo edípico e seu antecessor, a fase pré-edípica, que, para os fins deste trabalho, não precisa ser esmiuçado.

Segundo Freud (op. cit., p. 157-158), a situação feminina só se completa quando o desejo de possuir um pênis é substituído pelo desejo de ter um bebê, que, em uma equivalência simbólica, assume o lugar de pênis ou falo, levando a mãe a sentir-se tão onipotente, quando grávida: sua barriga recebe um valor de potência absoluta. É assim também que as meninas se interessam pelas brincadeiras com bonecas. Primeiramente, essa brincadeira tem o sentido de possibilitar à criança desempenhar o papel de mãe, enquanto sua boneca é o bebê. Com a experiência de castração, esse sentido se modifica e a brincadeira de boneca torna-se o desejo de receber um bebê do seu pai.

Nas entrevistas, podemos constatar a associação do desejo de ser mãe com as experiências infantis, carregando nas brincadeiras de sua época todo o sentido inconsciente que descrevemos, mas ao mesmo tempo revelando uma influência social que, desde os primórdios, prepara a pequena menina para a função materna, incentivando-a com as bonecas

ou brincadeiras de casinha, e mesmo educando-a para assumir cuidados domésticos. A equivalência formada é a de que ser mulher impõe viver a maternidade, como uma vocação natural ou uma pré-condição feminina.

*“Toda vida, desde criança eu já era doida pra ter. [...] Acho que eu já tinha esse dom mesmo, desde...*

*[...] Eu acho que é um dom... toda mãe, toda mulher tem, mas tem mulher, quando tem certa idade, até uma certa idade, não tem esse dom ainda, né. Gosta tudo, mas não é aquele dom pra mãe, e acho que tem gente que já tem isso, né? Já cresce com isso aí. E eu penso assim, eu já cresci com isso aí, então...!” Bruna*

*“Acho que vem de ser mulher. Não que toda mulher quer ser mãe, mas eu, desde pequena, brincava de boneca. Tinha as bonecas que era minhas filhas. Brinquei de boneca até meus dez anos. Não brinquei mais porque eu tive que trabalhar, que meu pai morreu. [...] Mas, era um sonho meu ser mãe. [...] Toda menina pensa em ser mãe, ter filho, ter marido, ter a casa da gente... [...] Então, eu gosto do que eu faço, eu gosto de ser mãe. E é uma coisa desde pequenininha. E eu consegui casar, não trabalhar e ser tudo isso. Ser mãe, ser esposa, ser dona de casa...” Júlia*

Da mesma maneira, quando o desejo de ser mãe não está presente, a gravidez passa a ser vivida como um “castigo”, por ter negado algo que é da natureza feminina, como notamos no discurso de Clara:

*“Querer ninguém quer, né? Querer ninguém quer engravidar.*

*[...] Já que Deus quis que viesse, fazer o quê? Agora tem que cuidar. Acho que nenhuma mãe, se parar e pensar, vai querer um filho.*

*[...] Ah! O custo de vida hoje, pra uma pessoa sozinha cuidar de filho é muito. Eu não queria ter engravidado, mas já que veio é uma lição, porque eu não quis. Deus já ponhô uma lição pra mim ter ela. Eu penso assim...” Clara*

Desse modo, retomando nossa explicação sobre a situação feminina, são aquelas duas fases de amor e ódio pela figura materna, ora desejando-a, ora repudiando-a por lhe tirar o pai, que estarão permeando a vivência da maternidade para a mulher-adulta. Suas vivências da infância podem ser ativadas com a experiência de tornar-se, de fato, mãe. Para Freud (1933 [1932], p. 163), é com o nascimento de um filho menino que a mulher pode satisfazer-se sem limites, estabelecendo com ele uma relação extremamente livre de ambivalências. Essa assertiva freudiana, porém, pode ser refutada, ao considerarmos os estudos de Winnicott (1947) a respeito da relação mãe-bebê, que é permeada por sentimentos tanto de amor, como de ódio, o que já detalhamos anteriormente.

A psicanalista Marié Langer (1981), ao escrever a respeito da maternidade, acrescenta a idéia de que àquela mãe que sofreu frustrações, na sua maternagem, na relação atual com o seu filho encontra dificuldades em considerá-lo como parte de sua própria pessoa, negando-se inconscientemente a dar o que ela mesma não recebeu. Identifica-se com uma mãe má ou frustradora, que a fez sofrer na sua primeira infância, vingando-se no seu próprio filho. Esse tipo de mãe impede a amamentação, criando em seu seio rachaduras, machucados ou até bloqueando a secreção de leite. Pode ocorrer, por outro lado, que a mãe supere conflitos passados e frustrações sofridas, identificando-se com seu lactente e oferecendo-lhe amamentação e cuidados satisfatórios, conforme esclarece Langer.

Em vista do que apresentamos, podemos afirmar que os cuidados que a mãe dedica ao seu recém-nascido dependem das fantasias que ela tem dos cuidados recebidos, na sua infância, envolvendo também a sua lactância. Se essa vivência tem para a mãe um significado gratificante e satisfatório, pouca dificuldade ela terá em transferir ao bebê a mesma experiência, oferecendo-lhe um espaço de acolhimento e cuidado – ou *holding*.

O *holding* representa, para Winnicott, uma das funções desempenhadas pela mãe suficientemente boa. Representa a continuidade, após o nascimento, de toda provisão que a mãe fornecia ao bebê, em seu útero. Nesse sentido, é pensado como uma capacidade de segurar o lactente, de modo que um *holding* satisfatório “é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um *holding* deficiente” (WINNICOTT, 1960 [2001], p. 26-27). Um *holding* deficiente provoca no bebê a sensação de morte, de estar caindo ou se despedaçando, dificultando a integração de sua personalidade. Envolve uma fase em que o bebê é dependente ao máximo do ambiente, de sorte que uma mãe capaz de segurar seu filho atua para ele como um ego auxiliar, fortalecendo-lhe o ego frágil e tornando-lhe o mundo amigável e confiável. O *holding* não remete unicamente a um cuidado físico, porém, e

especialmente, a uma sustentação, a uma relação em que predomina a confiança. É justamente esse *holding*, em seu sentido simbólico, que as mães almejam oferecer aos seus filhos. Ao se sentirem realizadas enquanto grávidas, com suas barrigas super-poderosas, podiam oferecer aos filhos tudo o que necessitavam: nutrientes, aconchego, carinho. Após nascerem, dedicando-lhes cuidados físicos, colo e proteção, estão dando continuidade à experiência da criança de estar sendo carregada em um útero. Não podemos deixar também de mencionar que, além das fantasias inconscientes sobre os cuidados que receberam de suas próprias mães, conservando esses cuidados em suas memórias psíquicas e re-atualizando-as diante da experiência de serem elas, agora, mães, são igualmente influenciadas por uma memória social, que exige da mulher a necessidade e a responsabilidade de ser perfeita e ter disponibilidade incondicional de cuidar. Soma-se a isso que, nem sempre, a maneira como elas, de fato, relacionam-se e investem, afetivamente, em seus filhos, coincide com a descrição que trazem sobre o “ser mãe”.

### **2.1. Ser Mãe no Hospital**

Quando inseridas na dinâmica hospitalar, de acordo com o apresentado pelas mães, suas funções, seus cuidados e suas responsabilidades sobre o pequeno indivíduo em desenvolvimento continuam presentes, tal como o descreveram anteriormente, contudo de maneira redobrada. Em determinadas situações, entretanto, às mães é exigido adaptar sua função àquele espaço, respeitando os novos horários e as novas rotinas. A função de prover cuidados é priorizada e colocada como imprescindível, em situação de hospitalização, abandonando-se atividades mais lúdicas, como o brincar. Se pensarmos que o adoecimento e a hospitalização imprimem uma ruptura na linha de desenvolvimento da criança, podemos compreender melhor o destaque dado pelas mães à disponibilidade em prover cuidados.

Winnicott (1960 [2001]) ressalta que uma das funções da figura materna é a manipulação do bebê. Mesmo que a mãe não reconheça a importância de seus gestos, quando se dedica aos cuidados do seu filho, permite que uma unidade entre eles se estabeleça, como se o bebê e quem dele cuida fossem apenas um. No hospital, a cada instante, uma nova pessoa se apresenta ao bebê – ora médicos ou enfermeiras, ora estagiários ou voluntários. Ser cuidado por diversas pessoas, em um mesmo dia, com cheiros e tons de voz diferentes, faz com que o bebê se desorganize mentalmente. Ao ser manipulado por sua mãe, aconchegando-se em seu colo, o processo de personalização é possibilitado, estando esse processo

relacionado ao desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação, e ao uso da pele como delimitação de uma personalidade psicossomática. Uma manipulação deficiente, por sua vez, prejudica a capacidade da criança de gozar a experiência do funcionamento corporal. Estando também a mãe fragilizada e atingida pelas vicissitudes da hospitalização, ao fornecer colo ao filho, além de permitir que ele se integre e recupere uma compreensão corporal de si, está propiciando a mesma experiência de integração a si mesma. Ela se restabelece, recupera sua própria delimitação corporal e, mesmo com todo o sofrimento que a hospitalização lhe desperta, ela não precisa se fragmentar, se desintegrar completamente. Como são duas pessoas hospitalizadas – filho e mãe-acompanhante – são dois cuidados os requisitados e, por isso, tudo deve ser feito em dobro. Vejamos como isto se confirma:

*“É a mesma coisa, só que com cuidados dobrados. Tem que ter mais cuidados. Em casa, você sabe o que tem dentro de casa. Você tem seus cuidados, mas aqui é mais cuidado.” Helena*

*“Acho que é a mesma coisa. Só que aqui é mais cuidado. Que aqui ele está doentinho- tem que dar mais atenção. Não que eu não dou! Dou muita atenção pra ele, mas acho que aqui o cuidado é maior. Tem que estar atenta se ele fez cocô, se está com diarreia... Toda hora tem que dar aguinha pra ele, pra não desidratar. Fora isso, acho que não tem diferença alguma, não. Só acho que a gente tem que ter mais cuidado.” Ana*

*“Você tem mais responsabilidades. Porque na sua casa você faz uma coisa de um jeito e aqui você faz de outro. [...] Então aqui é bem diferente, tem que ter mais responsabilidade que em casa. Aqui, se deixar ele sozinho é perigoso ele cair. Em casa não, ele brinca sozinho e não cai. Aqui, pra ser mãe, tem que ser duas ao mesmo tempo, senão não dá certo.” Marcela*

*“Aqui é dobrado, é dobrado. Aqui é dobrado porque é só você, você e seu filho. Então, você tem que dar atenção total pra ele, e tem que ficar 24 horas ali em cima dele, olhando ele. Em casa não, em casa tem a vó, tem o vô, tem o pai, é todo mundo ali.” Bruna*

*“Eu me sinto assim: quando eu estou na minha casa, eu faço do meu jeito, eu me viro, e aqui eles fazem, aqui eu só espero. Dá um apertãozinho aqui, fura aqui, fura de novo, e a gente tem que ficar quieto, né? Porque eles sabem mais que a gente. [...] Aqui a gente é mais amiga, não é mais mãe, é mais amiga. A gente fica do lado, só pode abraçar, e eles que fazem tudo. Eu acho que, na cabecinha deles, eles acham que- ‘além de eu ter dor, ele ainda vem e me machuca!’ Então, eu penso assim, tadinho! Tem horas que eu agarro, abraço, beijo ele, mostro que eu estou aqui pra ajudar ele.” Janaína*

*“Aqui, eu tenho que ser aquela mãe, assim... eu tenho que estar o tempo todo ao lado dele, eu tenho que ser muito calma para passar calma pra ele. Se eu for uma mãe estressada, ele vai ficar mais estressado ainda. E é diferente, porque em casa você é aquela mãe que, você brinca, aquela mãe que toda hora está pensando em comida, uma bolachinha; que sai pra brincar, que na hora que está com soninho, pega no colo pra dormir; que precisa chamar a atenção- chama, às vezes dá uns grito, uns berro. Aí, tem hora pra comer, pra dormir... Já aqui não. É uma mãe diferente, você não pode se estressar. Por mais que você esteja estressada, você tem que mostrar calma. Aqui, ele não tem hora para comer- é o horário do hospital. É um roteiro muito diferente do que ele faz. Então, o chato é isso.” Júlia.*

*“Porque aqui eu posso ser mãe só dela- eu estou dando atenção pra ela. Aqui eu sou mãe só pra ela, não pros outros. Isso é que aperta mais, ser mãe só dela, sabendo que os outros estão sem mãe.*

*[...] Ela chora, eu venho em cima, mas se os outros choram eu não estou vendo. Aqui eu estou sendo mãe só pra ela.” Clara.*

*“Não, não, é a mesma coisa. O que eu faço por ela aqui, eu faço por ela em casa. Então não muda nada.*

*[...] Fica mais difícil porque é mais sofrido, né? Mas é a mesma coisa.” Renata*

*“Ah, eu acho que é diferente, né?!*

*[...] Porque em casa você cuida do seu filho melhor, aqui não é como você quer cuidar dele. Você ver ele com soro... não é legal.” Vitória*

Não poderíamos deixar de mencionar que a relação da mãe com o filho vai estar entrecortada pelos procedimentos médicos, pelo soro, pelas agulhas etc., – e isso também pode dificultar à mãe se reconhecer no seu papel, vendo-se como amiga, apenas, ou acreditando que, no hospital, seu cuidado não tem valor, uma vez que o que se objetiva, em tal espaço, é a preservação do corpo orgânico, em detrimento do corpo psíquico. É o que afirmou, por exemplo, Janaína, de que os médicos “[...] eles sabem mais que a gente”, revelando a incapacidade que elas enfrentam de se reconhecerem figuras importantes e primordiais nos cuidados de suas crianças.

Com respeito ao desdobramento materno para melhor cuidar, devemos acrescentar que a sociedade externa igualmente se insere no ambiente hospitalar, como uma micro-sociedade, apresentando o mesmo fervor em vigiar, punir e controlar, tal como o fez o higienismo, cobrando o bom desempenho da função materna e tendo o ato de cuidar como um aspecto intrínseco a sua função; ou como também fez – e faz - a Psicologia, ao desenvolver teorias que correlacionam os estados de saúde ou doença à função materna. Assim como “[...] não amar os filhos tornou-se um crime sem perdão” (BADINTER, 1985, p. 211), não dedicar especial cuidado à criança doente pode se tornar também um crime sem perdão. Entretanto, a associação feita pelas mães, em nosso estudo, não é a de cuidar como reflexo de uma imposição externa, mas como um ato de amor, muito embora elas próprias se sintam obrigadas a cuidar, temendo ser julgadas no seu papel por todo e qualquer olhar, presente no hospital, como percebemos em seus discursos:

*“Você tem obrigação de olhar, no caso, é meu dever cuidar do meu filho.*

*[...] Ah, é que você é mãe, então tudo vem pra você. Está vendo isso, está vendo aquilo?’. Quando entrar na escola, a professora vai querer falar com quem? Com a mamãe, com o papai. Mais é a mamãe...*

*[...] A cobrança que... nem deveria ser cobrado, que qualquer mãe tem consciência. Eu acho que poderia estar fazendo, é não deixar o filho sozinho. Estar sempre presente, medicar na hora certa... [...] Essas cobranças... são obrigatórias, né? A gente só está aqui pra fazer isso, não é?! Eu acho normal, são regrinhas normais.” Helena*

*“Tem sim, porque você tem que cuidar, e se você não cuida, é lógico que quem está a sua volta vai falar. Então, o pessoal cobra mesmo. Mãe tem que cuidar, tem que ficar ali- olhando, cuidando. Por isso que eu falo, primeiramente ele, depois a gente.*

*[...] Até mesmo do paciente que está no mesmo quarto, se ele olhar e ver que você não está cuidando do seu filho como deveria, ele vai falar. [...] Mas a gente cuida porque a gente ama.” Bruna*

*“Os outros pensam que, às vezes, que as mães... é obrigação das mães cuidar dos filhos. Isso é verdade, mas as mães também precisam de descanso, porque- como uma mãe vai parar de pé, se não descansa, sem uma coisa para distrair ela? Daí, a mãe fica aqui, fica nervosa, e daí, qualquer coisinha, acaba descontando em alguém.” Maria*

Além do ponto já destacado como presente na fala anterior, relativamente à obrigação materna em cuidar, há de se considerar que a hospitalização modifica o relacionamento estabelecido entre mãe e filho. Observamos que o estado emocional de algumas mães, seu abatimento físico, o não reconhecimento de suas necessidades, além da função materna, são geradores de um estado de tensão entre elas e as crianças, de modo que também elas requeiram algum “colo” e cuidado, ainda que tenham ser penalizadas por seu cansaço ou estresse. Outras mães, ao contrário, já compreendem as modificações na relação

com a criança de uma forma mais positiva, colocando-as como uma possibilidade de estarem mais próximas de seus filhos.

*“Mas assim, às vezes, não que a gente não tenha paciência, é que às vezes, a paciência da gente chega no limite. Por ele, o estresse que ele tem aqui dentro, passa pra gente. Hoje mesmo eu precisei chamar a atenção dele o dia inteiro, porque ele estava estressadinho. A gente não chega a bater, mas que a gente chama a atenção, a gente põe de castigo sentadinho na cama, sabe?”*

*[...] É diferente. Porque a mãe quando está em casa e ela está estressada, a primeira coisa que ela faz é gritar. Todas as mães são assim. A gente grita primeiro. [...] Agora, aqui não. Aqui se você gritar com seu filho é chato, porque você está dentro de um hospital, você vai incomodar outras pessoas, sem contar que as enfermeiras pode até chamar o Conselho Tutelar aqui.”* Júlia

*“Eu fiquei mais perto dele. É bom assim: meu filho estava mal, eu ficando pertinho dele todo dia, eu estou vendo que está melhorando, que está ficando bem, de novo. Se eu estivesse longe, não ia ver nada disso. Ou, se eu não ligasse pra ele, nem tinha vindo pra cá. Estaria em casa agora, ou estaria no cemitério com ele- um dos dois-, porque do jeito que estava... Estava bem ruim. Graças a Deus, agora está bem melhor.”* Marcela

*“Não tenho mudado nada, porque o amor é o mesmo, né? É lógico que, quando ele está assim, doentinho, a gente fica muito mais sensível, muito mais, assim, preocupada, né? Assim: carinho é muito mais pra ele, a gente dá muito mais carinho, porque quando ele está brincando, nem colo ele quer da gente, é só chão, se você cata pra beijar, cata pra abraçar, fica nervoso, que quer ir brincar, então... Quando está aqui, não- ele quer carinho, quer atenção, quer colo, entendeu? O que muda é isso, mas não que o amor, essa parte, assim, possa mudar.”* Bruna

*“Acho que ela sentiu que a atenção está toda pra ela. É só eu aqui, dando atenção... E acho que, quando chegar em casa, ela vai sentir bastante diferença. Vai, porque fica muito tempo longe, ela vai sentir bastante diferença. Ela não vai poder me ver, ficar no meu colo... E não vou ter mais esse tempo que eu tenho aqui com ela.” Clara*

*“Como eu sou muito apegada a ela, morro por causa dela. Ela é a minha vida, então continua sendo a mesma coisa, entendeu? A mesma coisa. Não mudou nada em relação ao que eu penso dela, o que eu sinto por ela. É a mesma coisa.” Renata*

Com a hospitalização, as próprias mães depositam em si mesmas um poder de superproteção para com os filhos, algumas não aceitam afastar-se dos mesmos, de sorte que outras pessoas ocupem o seu lugar, para que possam descansar; como se o olhar delas pudesse impedir ou proteger suas crianças de qualquer agravamento. Mediante esse controle onipotente sobre os filhos, elas conseguem se defender de fantasias e temores que envolvem o adoecer, como a perda da criança. Até mesmo durante as entrevistas, as mães não se permitiam afastar dos filhos, ainda que eles estivessem dormindo. Podemos, além do mais, acrescentar a essa postura um temor, real nos tempos atuais, por exemplo, de que seus filhos possam ser roubados, conforme freqüentes casos apresentados pelos meios de comunicação. Outro ponto é o medo de serem julgadas como más, enquanto mães, e sofrerem as penalizações sociais pelo “abandono” dos filhos.

*“Parece que está faltando um pedaço de mim. Então, eu nem consigo dormir. Minha mãe falou que dormia aqui, com ele. Eu falei que não. Eu não vou dormir tranqüila em casa, sabendo que ele está aqui..., sem saber o que vai acontecer. Não vai acontecer nada, mas... na cabeça da gente.... Eu não consigo me separar dele.” Ana*

*“Ah, porque- se acontece alguma coisa? Se alguém pergunta pra ela [para a sogra], ela não vai saber nada. Eu vou saber o que que ele tem. [...] Parece assim, que eu não quero ficar com ele, parece que eu*

*não gosto dele. Por isso que eu não gosto, não quero que ninguém fique com ele.”* Marcela

*“Porque eu acho que um filho precisa da mãe. Eu acho, na minha opinião, que ele precisa da mãe. Eu acho que o apoio deles é a mãe. Eu acho que eu tenho que ficar aqui. É a minha missão.”* Renata

Todos esses julgamentos e censuras direcionados ao papel materno representam a mesma ação de um superego bastante rígido. Muitas vezes, não só o mundo externo pode ocupar aquele lugar de censura, como também o próprio filho internalizado. Daí uma mãe acentuar seu desejo de ser reconhecida como uma boa mãe:

*“Mãe foi a melhor coisa que eu pude ser. Eu acho que, pra mim, eu adoro ser mãe deles, gosto... Agora, eu espero que, quando eles crescerem, que eu vou saber disso deles também. Que eles gostaram de mim, do pai deles... gosta da gente também, igual a gente gosta deles. E o que eu mais torço é pra que eles sejam feliz, que tenha sempre saúde.”* Helena

Ao final, podemos concluir que o papel materno é, em muitos momentos, preservado de qualquer sentido negativo, sendo, ao contrário, valorizado e almejado. As mães tencionam transmitir somente seus significados de engrandecimento pessoal com a conquista daquela condição, destacando seus sentimentos de amor e cuidado com os filhos. No entanto, embora de um modo geral as suas palavras contenham, de fato, tais apreensões, algumas vezes foram observados comportamentos de hostilidade para com os filhos, quando elas os tratam com impaciência ou sem envolvimento afetivo. Assim, cada mãe, ainda que sem mencionar, percebia-se não sendo capaz de amar incondicionalmente, como ela pensou e foi pensado para ela. Na coexistência entre amor e ódio, desponta uma ansiedade associada à ambivalência, e do conflito entre aqueles sentimentos antagônicos, temos o sentimento de culpa. Portanto, novos sentimentos são acrescentados à experiência da maternidade: a ambivalência e a culpa. Ao deparar-se com o adoecimento da criança e com a necessidade de interná-la para sua recuperação, as mães se percebem atingidas por inúmeros outros sentimentos, todos próximos ao sofrimento. Ser mãe, no hospital, exige amor e cuidado redobrados, possivelmente em

consequência também da culpa emanada do adoecimento do filho, em uma tentativa de reparar o mal que fantasia ter causado – o que melhor discutiremos a seguir – e igualmente porque, agora, mais do que nunca, aquelas mães precisam comprovar e reassumir, para si mesmas e para os olhares externos, o seu papel de mãe amorosa e dedicada.

### 3. Os Sentimentos Despertados com a Hospitalização do Filho

O processo de hospitalização, por mais humanizada que a instituição possa ser, provoca, naqueles que o vivem, sentimentos de dor, medo, insegurança e ansiedade diante da doença, como já afirmamos. E, com relação àqueles que são encarregados de acompanhar o paciente, quais os sentimentos suscitados? Segundo o dicionário *Aurélio*, *acompanhar*, entre outras definições, significa: 1. Ir em companhia de; fazer companhia a; seguir. 2. Estar associado a. 3. Participar dos mesmos sentimentos de. Assim, *acompanhar* um paciente é estar ao seu lado, vivendo o mesmo que ele. No caso de mães-acompanhantes, podemos pressupor que outros significados se fazem presentes, uma vez que a função é dupla: mãe e acompanhante. Vejamos, então, quais seriam esses sentimentos.

Para a maioria das mães entrevistadas, o diagnóstico da doença da criança, com a conseqüente necessidade de internação, representaria um atestado de que falharam como mães, que poderiam ter cuidado melhor dos filhos, o que gera um sentimento de culpa pelo adoecimento. No geral, as crianças internadas não apresentavam doenças crônicas, como pudemos concluir, através do quadro esboçado a respeito dos participantes da pesquisa. Embora as mães relatassem que não se pode controlar o acometimento de certas patologias, buscavam, ao mesmo tempo, apontar algo que fizeram e que teria facilitado a doença, sinalizando uma culpa pelo ocorrido, mesmo que nem sempre o que elas alegavam se justificasse para o impedimento da doença. Veja-se, por exemplo:

*“[...] Às vezes, quando você vem pra cá, em casa, você acha que é sempre sua culpa. Porque você está ali 24 horas. Aí, você tem que ir só vendo, o que você faz, o que você não faz... Um exemplo, se eu procurava dar almoço, vou procurar nunca mais atrasar o almoço, essas coisas. Que, às vezes, uma refeiçãozinha hoje que você dá num horário, amanhã no outro, acho que aí já prejudica a criança.*

*[...] Como mãe, eu acho que eu falhei aí.” Helena*

*“Às vezes, eu acho que ele... não devia ficar muito no... À noite, eu vou pra casa da minha mãe, às vezes, assim, eu acho que ele pega sereno. Então, eu acho que devia evitar isso aí, entendeu? Mas, não é isso que causou a doença. Dizem que o Rota-vírus é do ar. Então, só isso que eu acho que eu tenho abusado. Que eu tenho que não sair com ele à noite. [...] Eu tenho que corrigir isso.*

*[...] Mas ele é bem cuidado. Fervo a mamadeira dele todo dia, água ele não toma de torneira, só filtrada... Então, acho que não tem nada, assim, a desejar...” Ana*

*“Ai, sabe, não sei se foi porque eu cuidei mal dele que ele ficou doente ou se era pra ficar doente mesmo. Ah, sei lá! Porque um mês ficar doente? Não tem cabimento uma coisa dessas, um mês, não tem nem dois mês ainda e já está doente. Pra mim, eu acho que foi erro meu. Eu que deixei ele sem roupa, pegou vento, essas coisas... Eu acho que foi isso.*

*[...] Só que, por um lado, eu cuidei bem dele, ele anda sempre bem arrumadinho, cabelo penteadinho, perfumado... Ninguém fala que foi erro seu, você que cuidou mal cuidado dele. Eles falam que doença é assim mesmo, que quanto mais a criança está boa, mais a doença chega perto. Então, mas não adianta. Pra mim, não é.” Marcela*

*“Ah, assim... sei lá! Acho que cuidar dele melhor, né? pra não ter que acontecer isso de novo com ele. Cuidar mais do que a gente já cuida. [...] Por ele ficar na creche. Porque na creche também tem outras crianças, tem o vírus também, então... A criança pode pegar, ficar doente por causa de outro que está lá também. Então, é como eu disse pra você: se eu pudesse, ele nem ficava lá. É por uma necessidade, que eu preciso trabalhar, é por isso. Só por isso, porque, se não fosse isso, ele ficaria comigo.” Vitória*

*“Que a gente vai perder, que parece que a gente não cuida, porque... por isso que deu a pneumonia.” Clara*

Com as falas das mães, podemos constatar que, embora apresentem uma lista com os bons cuidados dedicados às crianças, não deixam também de mencionar algum aspecto de “negligência” delas mesmas, seja porque se atrasaram no horário da alimentação, seja porque saíram em um horário pouco adequado, seja ainda porque necessitam trabalhar fora de casa. Raramente mencionaram como causa da doença fatores ambientais ou a situação sanitária do município, por exemplo. Se considerarmos que o entendimento social de criança saudável depende de uma mãe adequada, então as entrevistadas se sentem falhando, porque não se vêem capazes de corresponder ao ideal materno, já que, de uma forma ou de outra, acreditam ter facilitado o adoecimento.

O sentimento de culpa materno foi, também, uma das grandes produções do higienismo. Sua ação era fazer com que os pais acreditassem não estar preparados para educar e cuidar de seus filhos satisfatoriamente. Cartilhas de cunho científico, com recomendações sobre como amamentar, cuidar da higiene, da educação e até da sexualidade infantis foram publicadas, tendo como público-alvo a família. No caso em questão, quando do adoecimento de uma criança, a sensação das mães de estarem falhando passa do imaginário para o concreto, uma vez que finaliza com a hospitalização. A sensação de incompetência é ainda mais ativada, porque se mantêm na dependência do diagnóstico médico, apresentando como laudo não somente a doença que atinge a criança, mas, nas suas entrelinhas, o desvio de conduta materno, que foi incapaz de evitar aquele acometimento.

Apenas uma mãe não demonstrou qualquer culpabilização pelo adoecimento infantil; todavia, esse comportamento também pode ser questionado, se pensarmos que a doença da sua filha era decorrente de um mau funcionamento renal, ou seja, envolvia uma questão orgânica individual, independentemente de qualquer cuidado físico:

*“Se eu tivesse que ter evitado, então, no caso, teria que ter falhado em alguma coisa, né? E eu creio que não falhei em nada. Acabou acontecendo, né?” Renata*

No entanto, o sentimento de culpa não pode ser explicado somente em seus aspectos sociais. É também um sentimento que tem influência na vida psíquica das pessoas. Com relação a esse tema, Sigmund Freud nos oferece grandes contribuições. Em seu texto *O ego e o id* (1923 [1976]), Freud discute a idéia de que o sentimento de culpa deriva do embate entre as instâncias psíquicas: o *ego* e o *superego*. Explica que o *id* seria a mais antiga área de ação psíquica, sendo governada pelos instintos, seu objetivo seria o de buscar a satisfação dos mesmos. O *ego*, por sua vez, seria uma parte do *id* modificada pela ação do mundo externo. Seu papel seria o de frear as ações do *id*, substituindo o princípio do prazer pelo princípio de realidade. De acordo com Freud, o *superego* seria o derivado do complexo de Édipo, agente no qual se tem prolongada a influência parental. Entretanto, além de carregar as primitivas escolhas objetais do *id*, ou seja, suas primeiras identificações, o *superego* também representa uma força enérgica e coercitiva contra aquelas escolhas. Em suas palavras:

O superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão (sob influência da autoridade, do ensino religioso, da educação escolar e da leitura), mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência (*conscience*) ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa. (op. cit, p. 49).

Desse modo, as mães em questão carregam em suas fantasias inconscientes o relacionamento com as figuras parentais, o desejo de ser como as próprias mães, para possuírem o pai, e as interdições a esses desejos estendem-se para outros relacionamentos, assim como o medo da autoridade paterna se converte na submissão a outras autoridades que o tenham substituído, no decorrer de seu crescimento. A herança disso tudo é uma censura moral. Afirma Freud: “A tensão entre as exigências da consciência e os desempenhos concretos do ego é experimentada como sentimento de culpa” (op. cit, p. 52).

Muitas vezes, porém, essa censura não é percebida, o sentimento de culpa fica silenciado, mostrando à observação externa unicamente um comportamento de autopunição com o sofrimento; por isso, embora algumas mães não expressem claramente se sentirem culpadas, buscam alguma autoridade, como o médico, os filhos ou a própria família, por exemplo, que possa agir como um superego, criticando-as ou repudiando-as, fazendo com que se sintam também doentes, em suas funções. Podemos exemplificar com a fala da seguinte mãe, que se sente responsabilizada pelo próprio filho, por este estar no hospital.

*“Ele está muito nervoso, então, ele assim, é como se ele estivesse me culpando de não querer ir embora, ele acha que é eu que não quero ir embora. Então, ele está agressivo comigo, ele me xinga, o que está no berço ele taca em mim, ele grita, ele fala- ‘vamos embora, eu quero minha casa, liga pro papai’. Então, eu acho que ele está me culpando.”* Júlia

Uma das mães entrevistadas destaca-se, ao mencionar a penalização sofrida pela sociedade ou familiares, quando a criança adocece. Ela percebe que cumpre com o papel que lhe é delegado enquanto mãe, no entanto, a cobrança externa é muito intensa e, muitas vezes, é justamente essa cobrança que desperta o sentimento de culpa. Acrescento, a respeito disso, também a minha presença na Santa Casa, pois em muitas situações percebi que me tomavam como mais um olhar de julgamento ali presente.

*“E a gente não pode falar que não cuida, porque cuida. Não dá nada gelado... Então, eu falei- ‘de onde será que veio?’. Daí, dá mais desespero ainda. Comecei a chorar.*

*[...] Eu penso assim, eu acho que os outros pensam que foi falta de cuidar dela direito. Os outros pensam. Eu creio que eu cuidei dela, fiz o máximo que eu pude, né? Corri de madrugada, qualquer hora eu corri... Então, mas na cabeça dos outros que é falta da gente não cuidar direito.*

*[...] Não adianta falar que vai cuidar bem, que vai cuidar, porque o que tem que acontecer, acontece, acontece...”* Clara

No caso anterior, poderíamos afirmar que a sociedade é tomada como um superego, de maneira que o lugar de autoridade assumido pelas figuras paternas é substituído pela comunidade mais ampla. Freud defende a idéia, em seu texto *Mal-estar na civilização* (1930 [1929]), de que a sociedade desenvolve um superego próprio ao seu momento histórico, acompanhando o mesmo processo de origem do superego de um indivíduo. Em suas palavras: “Pode-se afirmar que também a comunidade desenvolve um superego sob cuja influência se

produz a evolução cultural” (op. cit, p. 144). Prossegue, afirmando que o superego cultural baseia-se nos grandes líderes de uma época, ou mesmo, nos ideais construídos e valorizados pela sociedade. No caso particular, a sociedade criará suas próprias imagens de mães, muitas vezes, aproximando-as de santidades, conforme discutimos no capítulo referente à construção social da maternidade, de sorte que, quanto mais elas daquela forma se perceberem, mais rigidamente lidarão consigo próprias e com a função desempenhada.

Explica que da mesma maneira como o sentimento de culpa, muitas vezes, permanece inconsciente para a própria pessoa que o vivencia, manifestando-se tão somente como autopunição ou censura, também a culpa produzida pela civilização poderá se manter inconsciente, aparecendo como um mal-estar ou uma insatisfação. Daí muitas mães cobrarem-se no desempenho de suas funções, sentirem-se muitas vezes falhando ou em débito com seus filhos, especialmente as que trabalham fora do lar, uma vez que não correspondem ao ideal social de mães dedicadas integralmente à sua função, ou as mães que não puderam oferecer aos filhos uma família dentro dos ideais burgueses, acreditando que isso pode ser um fator de sofrimento para a criança. A conseqüência de suas “falhas” é o que Freud chama de “medo da consciência” (1930 [1929], p. 144). Em conclusão, ele afirma que “[...] o preço que pagamos por nosso avanço em termos de civilização é uma perda de felicidade pela intensificação do sentimento de culpa” (op. cit, p. 137).

Para Melanie Klein, o sentimento de culpa é um dos elementos que integram o sentimento de amor. Diferentemente de Freud, ela não considera o superego como herdeiro do complexo edípico, mas o coloca em um estágio anterior a este, sendo sua ação iniciada ao redor do primeiro ano de vida, com o desmame, fazendo, pois, já parte do relacionamento a duas pessoas. Na proposta de Klein, o superego infantil se constrói por identificações que vão ocorrendo desde os primórdios do desenvolvimento e que são baseadas, concomitantemente, em excessiva bondade e em excessiva severidade.

“De mais a mais, o que origina a formação do superego e rege seus primeiros estádios são os impulsos destrutivos e a angústia que despertam” (KLEIN, 1969, p. 188). Isso significa que a severidade do superego primitivo não se deve unicamente à severidade da figura paterna introjetada, suas ordens e interdições, mas também à crueldade dos impulsos destrutivos da própria pessoa. O superego infantil, de acordo com Klein, é muito mais rígido que o do adulto, porque não é correspondente aos objetos reais, porém sua identificação sofre ação também das fantasias infantis. Sendo sua formação iniciada em um estágio muito

precoce do desenvolvimento do ego, quando este se acha ainda muito frágil, a relação é estabelecida com objetos parciais.

É através da projeção e da introjeção de conteúdos bons e maus que o indivíduo irá se desenvolvendo e estabelecendo suas relações, constituindo o núcleo do ego e do superego primitivo. Assim, os aspectos destrutivos, ou pulsão de morte, são projetados para o exterior, colocados em um objeto que não seja o próprio ego – geralmente o primeiro objeto externo, o seio materno –, transformando-o em mau e ameaçador, o que dá origem ao sentimento de perseguição e ao temor de ser também atacado. Ao mesmo tempo, os aspectos construtivos, ou pulsão de vida, são projetados para o mundo exterior, que será tomado como um objeto ideal, para, em seguida, ser colocado para dentro do ego, de modo a fortalecê-lo e integrá-lo, dando-lhe a sensação de que aquele é um objeto que lhe dá a vida e a proteção necessárias, amenizando o medo dos inimigos externos e internos. Todavia, pode também ocorrer que objetos destrutivos sejam interiorizados e o ego passe a ser sentido como mau e perigoso, formando, desde já, as bases do superego.

Assim, a agressividade dirigida a um objeto, interno ou externo, resulta no medo de um mundo sentido como perigoso e do seu ataque correspondente, fazendo com que tenha início a formação do superego. Um ponto a ressaltar é que o processo de projeção e introjeção não correspondem unicamente a processos infantis, mas estão em operação a todo instante, auxiliando a moldar as impressões de cada pessoa sobre seu ambiente circundante. Portanto, quando apresentamos as compreensões maternas sobre o adoecimento da criança, não podemos deixar de fazer referência ao desenvolvimento emocional, suas raízes no mundo interno e externo, pois serão elas que estarão se manifestando, transferencialmente, no seu relacionamento com os filhos, com o hospital e com a pesquisadora.

Com o transcurso do desenvolvimento, o ego vai-se tornando mais organizado e as imagens internalizadas vão se aproximando cada vez mais da realidade. O seio bom que o bebê quis proteger e o seio mau que ele quis aniquilar aproximam-se, na mente daquele indivíduo, que começa a perceber aqueles dois componentes antagônicos fazendo parte de um só objeto, ou uma só pessoa. Aqui, temos a entrada na posição depressiva, e uma importante aquisição é a mudança de uma relação de objeto parcial para outra de objeto total, habilitando a criança a se identificar com sua mãe como uma pessoa inteira, real e amada. Também o bebê começará a se perceber como um indivíduo total, com vida própria e em relação com

outras pessoas, além da sua mãe. “O bebê descobre seu desamparo, sua completa dependência dela e seu ciúme de outras pessoas” (SEGAL, 1975, p. 81).

Se, na fase anterior, chamada de posição esquizoparanóide, a criança podia amar e odiar com segurança, uma vez que a ambivalência ainda não se fazia presente, bem como a angústia dela decorrente, nessa nova fase, teremos algumas modificações e acréscimos nos relacionamentos estabelecidos. A respeito, declara Klein: “Sua fixação libidinal no seio se transforma em sentimentos dirigidos a ela enquanto pessoa. Assim, surgem sentimentos destrutivos e amorosos voltados para o mesmo objeto, o que dá origem a conflitos profundos e perturbadores na mente da criança” (KLEIN, 1935 [1996], p. 326). Esses sentimentos perturbadores seriam a culpa e a ambivalência, de modo que a perda do objeto é sentida como um todo, causando o medo de que esse objeto amado seja destruído pelo seu próprio ódio, e assim, o desejo de protegê-lo e repará-lo se instala. Em resumo, Klein afirma:

A identificação total com o objeto baseada numa ligação libidinal – primeiro ao seio, depois à pessoa como um todo – vem acompanhada de ansiedade por esse objeto (pela sua desintegração), de culpa e remorso, do senso de responsabilidade de preservá-lo contra seus perseguidores e o id, e da tristeza relacionada à expectativa de perdê-lo. Em minha opinião, essas emoções, sejam conscientes ou inconscientes, estão entre os elementos essenciais dos sentimentos que chamamos de amor. (KLEIN, op. cit., p. 312).

Nesse ponto, podemos encontrar uma aproximação entre Freud (1930) e Klein (1935), uma vez que ambos identificam o sentimento de culpa com o medo da perda de amor. A partir do momento em que o relacionamento é baseado numa identificação total com o objeto, o ego se sente forçado a oferecer uma restituição a todos os ataques sádicos lançados contra aquele, porque, agora, pode identificar-se com ele de maneira completa e não mais em partes cindidas, como anteriormente acontecia.

O desejo de reparação encontra-se fortemente ligado ao superego e sua severidade. “Quanto mais forte a ansiedade de perder os objetos amados, mais o ego tentará salvá-los. Da mesma maneira, quanto mais árdua for a tarefa de restauração, mais rígidas serão as exigências associadas ao superego.” (KLEIN, 1935 [1996], p. 310). Essa explicação nos auxilia a compreender o porquê de algumas mães exigirem tanto do seu papel, quando se deparam com o adoecimento do filho. Essa cobrança interna corresponde às exigências de um superego que deseja proteger os objetos amados, por medo de que seus desejos sádicos

inconscientes possam destruí-lo. Essa capacidade de se preocupar com as pessoas é apenas adquirida quando o ego está apto a estabelecer uma relação total com os objetos.

*“Eu acho que, se eu cuidava dela bem, eu hoje vou ter que redobrar, vou ter que dar melhor. E vou procurar ver onde que estava falhando, para que não aconteça de novo. Eu espero que, por um motivo desse, eu não esteja aqui de novo.” Helena*

A respeito do sentimento de culpa, Winnicott (1989) concorda com Klein, que ele só passa a existir quando o indivíduo é capaz de estabelecer uma relação com pessoas percebidas como inteiras, ou seja, quando o ego infantil atinge a *integração*, ou o EU-SOU, como afirmaria aquele autor.

Conforme vai crescendo e adquirindo a integração, o bebê passa a se sentir como constituído em uma só unidade, a partir do interior. Sente-se possuindo uma identidade ou individualidade, percebendo a mãe também como uma, e não só como rosto, voz e cheiro separados, além de reconhecê-la como alguém que não é ele mesmo. Essa compreensão coincide, ainda que em termos descritivos diferentes, com a teoria kleiniana, de sorte que Winnicott considera a posição depressiva uma aquisição, uma conquista no desenvolvimento emocional.

A conseqüência da integração da personalidade infantil para o seu desenvolvimento é a aquisição de uma *capacidade de se preocupar*. Nos primórdios, o bebê é cruel e só gradualmente pode reconhecer o outro e adquirir a mudança de um estado de pré-remorso para o remorso. Tal mudança traz consigo o sentimento de culpa e de responsabilidade pelas implicações de suas fantasias e impulsos, de maneira a desenvolver a habilidade de reparação daquilo que foi destruído ou atacado. Nas palavras de Winnicott: “O sentimento de culpa, visto deste modo, é uma forma especial de ansiedade associada à ambivalência, ou da coexistência de amor com ódio. Mas a ambivalência e a tolerância dela pelo indivíduo implicam considerável grau de crescimento e normalidade” (1958 [1983], p. 24).

Assim, a culpa envolve a ansiedade manifestada diante da ambivalência, do conflito surgido do encontro do amor e do ódio pela mesma pessoa. A culpa, se vivida em excesso,

poderia causar doenças, como melancolia e neurose obsessiva. Em decorrência, Winnicott prefere utilizar o termo *preocupação*:

Preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos.

Preocupação indica o fato do indivíduo *se importar*, ou *valorizar*, e tanto sentir como aceitar responsabilidade. (WINNICOTT, 1963 [1983], p. 70).

Relacionando as discussões teóricas com as mães entrevistadas, podemos afirmar que a culpa vivida diante da hospitalização do seu filho sobrevém de um relacionamento que envolve amor e ódio. Em suas fantasias ou mesmo pensamentos, possivelmente, aquelas mães já devem ter sentido raiva de seus filhos, questionado a importância da maternidade, cansaram-se, gritaram etc. Contudo, esses sentimentos hostis não poderiam ser aceitos por alguém que cumpre o papel de ser mãe; por isso, foram reprimidos pelo inconsciente delas, uma vez que desejar destruir o objeto de amor resultaria em sua perda. Os impulsos destrutivos foram freados por ação do superego que, por sua vez, cumpriu com sua função de penalizar o próprio ego por suas investidas. O resultado foi a vivência do sentimento de culpa. Quando o filho adocece e necessita de uma intervenção hospitalar, a fantasia materna de que seus ataques ao seu objeto de amor – seu filho, uma parte de si mesma – poderiam resultar em fim trágico é confirmada. Inconscientemente, acredita que foram seus impulsos agressivos que causaram o adoecimento da criança, revelando-se à observação externa unicamente a culpa e a autopenalização. Se, com o nascimento do filho, as mães puderam desmentir suas fantasias inconscientes de possuírem um corpo, interiormente, destruído, devido à retaliação dos ataques sádicos dirigidos às suas figuras parentais, com a vivência do adoecer do seu próprio filho, o temor desfeito é mais uma vez ativado, e elas passam a acreditar que elas próprias adoeceram seus filhos. Em conseqüência, temos que não somente as crianças encontram-se doentes, como também suas mães o estão; dito melhor, na situação de hospitalização é a díade mãe-criança que necessita de cuidados especiais, devido ao sofrimento vivenciado por estar doente também aquela relação.

Por outro lado, podemos, igualmente, pensar que a ambivalência na relação com os filhos nem sempre pode ser admitida, devido ao imaginário materno de amor incondicional. Sendo assim, as mães transferem o encontro do amor e do ódio, originalmente dirigido aos filhos, ao ambiente hospitalar, estabelecendo com este uma relação ambivalente, ora lhe transferindo sentimentos hostis, ora sentimentos amistosos. Contudo, estando as mães, em sua

maioria, emocionalmente debilitadas, raramente, conseguem integrar os sentimentos dirigidos àquele ambiente, de modo a estabelecerem com o hospital uma modalidade de relacionamento baseada na cisão, tal como acontecia na posição esquizoparanóide descrita por Klein.

Algumas mães reconheciam, em certos momentos, a importância de estarem no hospital, como se aquele espaço detivesse um saber que elas pensam não deter, de modo que seus filhos pudessem ser mais bem cuidados e receber os medicamentos necessários para a cura, os quais elas não poderiam fornecer, em suas próprias casas. Esse sentimento dirigido ao ambiente hospitalar é, mais uma vez, conseqüência da influência do Movimento Higienista, que, no Brasil, se fez operante no século XIX, tendo como meta fazer com que os pais acreditassem não serem capazes de cuidar, porque não detinham conhecimentos científicos para isso, invalidando seus próprios saberes e sensibilidades, para que, assim, o saber médico conquistasse maior domínio. Ainda hoje, perante “os novos técnicos em amor familiar, os pais, via de regra, continuam sendo vistos como ignorantes, quando não ‘doentes’. Há sempre um ‘a mais’ a corrigir, um ‘a menos’ a tratar. Amar e cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobre-humano, mais precisamente, ‘científico’” (COSTA, 1999, p. 15). Por conseguinte, as mães sentem-se aliviadas por estarem em um espaço governado pelo saber médico, porque acreditam que assim seus filhos estarão a salvo, já que não podem reconhecer seus próprios saberes como válidos, desconfiando elas mesmas do que têm a oferecer às suas crianças.

Por outro lado, manter a compreensão do hospital e da internação como manutenção da vida, além da relação de dependência estabelecida, apresenta um aspecto de defesa emocional, pois permite às mães sentirem-se mais seguras e acolhidas, no ambiente. Winnicott (1954) afirma que é graças ao papel desempenhado pela mãe – que ele chama de *mãe suficientemente boa* –, nas suas funções de cuidado e manejo, que ela possibilita ao bebê integrar seus sentimentos de amor e ódio. Nesse sentido, o cuidado físico adquire a importância de um cuidado psicológico. Podemos, pois, transferir o mesmo para a relação das mães com a própria instituição, de maneira que, quando essa última continua a existir, a fornecer cuidados e dedicação, apesar de todos os ataques sádicos que também lhe são dirigidos - devido às dores dos procedimentos médicos -, é que as mães podem confiar no hospital e unir suas compreensões ambivalentes sobre aquele lugar, dentro de si mesmas.

Em termos transferenciais, podemos salientar que as mães assumem, dentro do hospital, o lugar de *filhas*, enquanto a instituição assume o lugar de *mãe*. O que elas esperam de uma boa mãe é aquilo que elas descreveram como sendo a função materna: amor, carinho,

atenção. Na condição transferencial de filhas, é isso o que elas estão requisitando do hospital, quando choram ou se sentem ameaçadas, por exemplo. No mesmo sentido, as mães desejam encontrar no hospital um *colo* que as faça sentir-se protegidas e cuidadas, bem como fortalecidas para terem esperança de superação da dor e da doença. Essa transferência positiva também foi sentida por mim mesma, durante as entrevistas. Na maioria das vezes, reassumiam diante da minha presença essa postura de criança indefesa e, quando me colocava diante delas, para ouvi-las, podiam reviver a experiência mesma de quando seus choros infantis foram também ouvidos por suas mães.

*“Quando eu vim para o [Hospital] Regional, eu já vim com a decisão de eu pedir para ser internada.*

*[...] Acontece que, no caso dela, não é qualquer remedinho oral que tem que dar, entendeu? Então, eu até concordo um pouco que ela tem que ficar aqui neste hospital, porque é na veia, é mais rápido, ela vai se recuperar mais rápido do que estar dando remédio pela boca, porque os remédio pela boca é até muito forte, não poderia dar. Então, nessa parte, eu até concordo um pouco com o hospital, mas só isso [...].” Maria*

*“Mas na hora que veio o aviso, que já era pra mim vir- nossa! Que já ia medicar ele- nossa! Aliviou muito. Aí que eu animei mais, porque eu cheguei aqui, já correram, já colocaram ele no soro, sabe, aí a corzinha dele já foi voltando, aí eu já fui ficando mais feliz.*

*[...] Eu acho melhor estar aqui do que estar em casa. Nesse caso de doença, melhor estar aqui do que estar cuidando em casa. Porque aqui estão os enfermeiro, os médico, está todo mundo olhando, toda hora, sempre vendo. Eu acho melhor.” Bruna*

*“Eu acho assim: eu estou aqui dentro, eu sei que qualquer coisinha, qualquer espirro diferente, na hora alguém me ajuda. Então, qualquer coisinha, podendo internar eu interno. Porque eu sei que ele não vai embora sem que ele esteja bem.*

*[...] Porque eles sabem mais que a gente.*

*[...] Então, me dá mais tranqüilidade estar aqui. Aqui é muito bom.”*

Janaína

*“O decorrer do tratamento, tudo. Então você vai se tranqüilizando, você vai vendo que não é nada daquilo que você pensava de internar e tal.*

*[...] A gente fez isso para o bem dela. A gente quer apenas o melhor dela. E a gente está fazendo o possível pra isso.” Renata*

Depositar aspectos positivos na internação e no hospital, dando importância, especialmente, aos medicamentos fornecidos, contudo, não livrava as mães de sofrerem com o modo como eles devem ser procedidos e, nesse ponto, todo sentimento de ódio e agressividade passava a dominar a compreensão da experiência de estar hospitalizado. O *colo* que elas acreditavam ter encontrado junto ao hospital é, uma vez mais, perdido, e por isso passam a viver uma experiência de despedaçar-se diante do *holding* deficiente fornecido pelo espaço hospitalar, o qual também se encontra despreparado para lidar com os afetos que as mães vivenciam diante deles. Assim, podemos reconhecer um aspecto da transferência negativa das mães para com o hospital, que pode remeter a uma mesma experiência infantil, revivida e atualizada na relação institucional, de não ter sido atendida pela mãe ou de que ela a tenha frustrado, em algum cuidado, despertando sentimentos de fúria e raiva. Nesse caso, o hospital é associado a uma mãe má e cruel, ou *insuficientemente boa*, nos termos winnicottianos, e o *colo* a que elas tanto almejavam não pode ser encontrado, como também seus sentimentos de amor e ódio não podem ser integrados dentro de si:

*“Porque é muito difícil você ficar num hospital, você ficar vendo sua filha sendo picada toda hora, você ficar vendo sua filha ser... os*

*outros tratar sua filha como se não fosse um ser humano. Que parece que... sabe?... Saiu a veia, vamos picar de novo, vamos fazer isso de novo. Como se a criança não sentisse dor. Onde já se viu!?- eu deixei minha filha aqui com minha mãe pra ir pra minha casa e o combinado era que ia pegar uma veia da artéria dela no braço, quando eu cheguei aqui, minha filha estava com um soro no pescoço!”* Maria

*“Difícil é assim, quando você vê furando... E a gente tem que estar presente, segurando a criança, que ela acalma mais. Isso é difícil... Coisa de mãe! [...] Na hora dá vontade de não estar lá vendo...”*  
Helena

*“É a coisa mais triste do mundo. Tanto que eu até evitei um pouco vir para cá, porque judia muito dele. Precisou de quatro pessoas segurar ele, pra furar. Ele é muito bravo. Então, judia muito da criança”.* Ana

*“Já furaram meu filho um punhado de vez. Eles vão furar, na hora que eles tiram a agulha, que eles falam que ia dar certo, e põe de novo. Então eu acho que é incompetência deles. Se acha que ia dar certo, então tenta, se não der tira. Fizeram isso umas três vezes já. Daí, ontem, não deixei colocar soro, não. Passou a noite inteira sem”.*  
Marcela

*“Eu não gosto da parte que tem que furar, tem que dar soro, tomar soro na veia, eu não gosto dessa parte.*

*[...] É difícil... ver ele chorar. Olhava pra mim, falava: “mãe!”- me pedindo socorro-, e a gente não poder ajudar. Sendo que tem que furar, tem que... Dói muito.”* Bruna

*“A mãe, ela sofre. Eu posso dizer que ela sofre dobrado, porque ela sofre tanto de ver o seu filho, porque- qual mãe gosta de ver uma outra pessoa enfiando uma agulha no seu filho? Ver dando remédio na marra, porque ele tem que tomar?” Júlia*

*“Lógico que dói. Qual a mãe que não fica triste, né?- de ver um filho sendo picado, tomando soro, fazendo certos exames que incomodam, entendeu? E a gente tem que fazer, a gente tem que se submeter a isso. É difícil, mas tudo isso que está acontecendo é para o bem dela.*

*[...] Você sente tristeza, sente vontade de chorar, sente vontade de arrancar o soro e ir embora. Tive vontade, mas não vou fazer isso, né?- lógico. A gente tem consciência. Mas que você tem vontade de dizer: ‘Chega, ninguém vai fazer mais nada com ela!’- você tem vontade. Mas eu nunca faria isso. De maneira alguma.” Renata*

*“Eu sinto como se tivesse picando... como se tivesse furando eu. Porque, sabe?- a pele da criança é muito sensível... Na gente já dói, imagina na criança! É muito ruim. Eu penso assim, que pra ele é muito... não é um ambiente como se fosse a casa dele. Ele fica impaciente, fica irritado...” Vitória*

Para elas, ver o filho sendo furado com agulhas, recebendo soro e tantos outros medicamentos é um fator de bastante ansiedade, medo e raiva. Relatam querer tomar o lugar dos filhos, para que sofram as dores no lugar deles. Podemos perceber, nesse desejo, não somente uma sensibilidade e intimidade com o filho, aproximando-os na dor, mas poderia também ser pensado como um sentimento de culpa que elas tentam controlar, através de uma autopenalização pela incapacidade de proteger os filhos. Possivelmente, as mães desejam tomar o lugar dos filhos como forma de *reparação* por todo mal que causaram a eles, em suas fantasias, devido aos sentimentos hostis que perpassam essa relação, conforme já teorizamos anteriormente, por meio de Freud, Klein e Winnicott. O desejo das mães, nesse instante, é reparar o mal causado, e somente quando existe a oportunidade de fazer a *reparação* é que a

culpa pode ser retida, sentida como *preocupação* e vivida com *responsabilidade*. “O fracasso da reparação leva à perda da capacidade de se preocupar e à sua substituição por formas primitivas de culpa e ansiedade” (WINNICOTT, 1963 [1983], p. 78). Contudo, esse desejo de substituir o filho na dor que ele vivencia não pode se concretizar, impossibilitando-as de reter a culpa, mantendo atuante somente o sentimento de sofrimento, ao invés de transformar este último em uma preocupação saudável, a envolver um sentido de responsabilidade.

*“Se eu pudesse furar em mim, mas não pode, né?!” Ana*

*“Dói mais em mim do que nele. Tão novinho, chorando assim, ai! Na minha casa ele não chora um pouquinho.[...] E aqui ele chorou bastante”. Marcela*

*“Então, a mãe sofre de ver isso que o filho está passando, de saber que ele está sentindo dor. Toda mãe pensa: ‘Senhor, por que essa dor não é minha? Ai, Senhor!- por que não passa essa dor pra mim?’ Então, a mãe sofre de saber que seu filho está sofrendo”. Júlia*

Outro medo que assombra as mães no hospital é de que os filhos sejam contaminados por outras doenças, além daquela que os levou a estar ali. Acabam criando uma relação de intensa persecutoriedade diante do ambiente, vendo-o como um foco de contaminação em potencial. Certamente, aquelas preocupações são reais, uma vez que o hospital é um ambiente propício a infecções, diante dos inúmeros casos de doenças que nele são recebidos. No entanto, podemos pensar que, em termos subjetivos, o medo persecutório dos objetos externos vistos como maus está presente na posição esquizoparanóide descrita por Klein (1946), correspondendo ao medo do próprio eu, que poderia conter também objetos maus internalizados. Mantendo-se num tipo de relacionamento no qual os objetos são percebidos como cindidos, o medo de ter atacado o objeto aproxima-se do medo de ser também atacado. Ao manter uma relação cindida com o espaço hospitalar, muitas vezes a agressividade dirigida àquele pode despertar, em suas fantasias inconscientes, o medo de que o mesmo sentimento retorne a elas ou, em especial, aos filhos, através de uma nova contaminação.

*“Num momento eu fiquei com medo, porque... É hospital, né? Sabe que tem vários tipos de caso. Aí a gente ficou com medo, com aquele medinho de vir com uma gripe e sair com outra, mas é bem cuidadinho. No cantinho, respeitando as regras, a gente acaba fazendo certo. Mas não é muito agradável, não”.* Helena

*“E assim, pelo ambiente, que a gente fica preocupada. Perigoso ele entrar com um problema e sair com outro, né?”* Bruna

*“Quanto mais você puder evitar de trazer uma criança pro hospital, tem que evitar, porque aqui tem muita bactéria. Então eu fico com medo. Até de sair lá fora com ele. Tanto que eu nem saí com ele lá fora, fico morrendo de medo de- sei lá-, pegar uma bactéria. Já basta esse Rota-vírus, aí. Então, quanto menos contato tiver com outras crianças que tem essas coisas, melhor. Pra não poder pegar.”* Ana

*“Eu não gosto, porque pra mim isso aqui não é um ambiente bom. É péssimo! Porque chega criança aqui que a gente se sente mal. Pra mim, não é bom. Eu tenho meu filho aqui, aí, pode pegar um vírus, de repente piorar... eu penso assim.*

*[...] Tem infecção hospitalar, um vírus...- sei lá! Uma coisa assim, até a gente pode pegar isso, aqui.”* Vitória

*“Não adianta dizer que não tem perigo de bactéria, porque tem aqui dentro, a gente sabe. Então é difícil. Mas, conforme o tempo vai passando, entendeu? Você vai superando melhor.”* Renata

Diante de tudo o que foi exposto, portanto, não podemos concluir que o sentimento de culpa é originado unicamente da luta entre forças psíquicas, mas sobrevém de uma construção social a respeito da maternidade e da relação mãe-criança que responsabiliza, ou

culpabiliza, a primeira figura pelas vivências, aquisições ou perdas, do segundo. Afirmamos, no decorrer do capítulo, que a maneira mais saudável de se viver a culpa é transformando-a em preocupação ou sentimento de responsabilidade pelo outro. Não obstante, nem sempre podemos reconhecer esse tipo de sentimento nas mães hospitalizadas juntos dos filhos. As cobranças internas ou subjetivas são fortemente reforçadas pela cultura e pela sociedade, desenvolvendo um superego extremamente rígido que, apenas em poucas situações permite às mães refletirem sobre si e seus papéis, sem exigir de si mesmas uma postura que não ultrapasse os limites de imperfeição da natureza humana. A sociedade e cada um, individualmente, em geral, ao reforçar valores e ideais referentes ao amor materno, acabam por esquecer-se de que ser mãe é ser, antes de tudo, uma pessoa humana, com todas as suas limitações, e que, apesar de a função desempenhada ser suficientemente perfeita, já que promove o desenvolvimento e a vivência de aprendizagens e afetos, a pessoa que o desempenha não necessita também o ser. Em situações nas quais tal distorção da vivência da maternidade se estabelece, o que se tem é o desenvolvimento de uma modalidade de relacionamento baseada em sentimentos de culpa, intensamente e persecutoriamente vividos, capazes unicamente de gerar sofrimento, ao invés de uma relação mais saudável e pautada no senso de responsabilidade e implicação pelo outro. E é justamente este o tipo de relacionamento encontrado no hospital.

#### 4. Identificando-se com o Adoecimento da Criança

Um ponto distintivo neste trabalho referente ao relacionamento materno-infantil diz respeito ao atravessamento de uma doença, naquela relação, de modo que a criança necessite ser hospitalizada. Assim, neste capítulo, almejamos compreender de que maneira as mães reconhecem e vivenciam esse acometimento.

Para as mães entrevistadas, perceber que o filho está doente e que todo o cuidado que elas dispensam a ele é insuficiente para recuperar-lhe a saúde marca o início de uma história de angústia. Levar o filho até o médico ou ao Pronto-Socorro, que são a porta de entrada para a internação, desperta, nas mães, sensações de medo e incerteza quanto ao desenvolvimento da criança e à recuperação da sua saúde.

*“Eu já sabia que a internação não é uma coisa fácil de superar, não.”*

Maria

*“Dá um medinho quando você escuta a palavra internação!”.* Helena

*“Ah, eu fiquei quase louca! Pensei que o mundo fosse acabar. Queria que fosse em mim, e não nele. Então eu fiquei super nervosa”.* Ana

*“Quando ele chegou aqui, todo mundo achou que ele ia pra UTI- de tão ruim que ele estava! Eu achava que ele não escapava- de tão ruim que ele tava! Ele ficava todo roxo, roxo; sem ar... Nunca vi ele ficar sem ar daquele jeito.*

*[...] A pneumonia é normal, toda criança tem. Só que, sopro... Muitas pessoas que eu conheço, já morreu de sopro no coração. E eu fiquei com medo de que isso acontecesse...”* Marcela

*“Porque, no momento que eu estava lá, eu até chorei. Fiquei falando dos médico pra minha mãe, falei com Deus- com medo-, porque, do jeito que ele estava, ele estava muito branco- sabe? A cor dele sumiu, não tinha força de abrir o olho, e eu estava com muito medo. Porque vinha, assim, dentro de mim, ao mesmo tempo que dava força, já vinha aquilo: ‘e se eu perder meu filho agora?’. Eles enrolando, meu filho precisa de tratamento urgente, e eles nessa enrolação... E se perco meu filho!? Então aquilo foi me angustiando demais.*

*[...] Agora ele até está melhorzinho, mas ontem, ele estava- sabe? jogado nos meus braços, assim. Não tinha ânimo nem pra abrir o olho. Nossa!- aquilo dói muito. Porque filho é como se fosse a gente, um pedaço da gente. Então você ver aquilo ali é muito triste. Não tem alegria mesmo.” Bruna*

*“Horrível. Ao mesmo tempo que eu sei que ele vai ficar bom, sair de casa é muito ruim. Só quando a gente sai [do hospital] mesmo, que eu fico mais tranqüila. Porque até aqui a gente fica preocupada. A gente não sabe o que tem mesmo...!” Janaína*

*“Foi um choque. Foi difícil- eu chorei bastante. Meu marido chorou, minha mãe chorou. Porque você vê uma parte sua praticamente ali, você sabe que, se internou é porque está sofrendo. Toda mãe sabe o quanto é difícil prender um filho dentro de um quarto. Ficar longe dos brinquedos... Na hora, a gente pensa que é o teu bebê, o teu neném, ali. É quem você ama, quem você dá sua vida. Vendo internado... toda mãe- acho que pensa assim: como se... não que mãe é dramática, mas a gente pensa que... estão levando seu filho para um matadouro. É como se fosse fazer uma coisa com ele, como se ele não fosse voltar inteiro para casa, como se fosse judiar, porque você sabe que ele vai ser furado com agulha, eles vão fazer exames, e você vai chorar, vai sofrer. Você sabe que seu filho vai sofrer. Então, isso é horrível! Pra*

*mim foi um aperto no coração, que parece que ia explodir. Foi horrível, e é a segunda vez!*

*[...] E ver ele com o olhinho fundo, com olho preto, e passando mal, com dor... eu chorava muito. Chorava muito. Ele dormia, eu começava a olhar nele, era como se estivesse na UTI, pra mim. Pra mim, não tinha, assim: se ele está muito ruim ou se ele está pouco ruim, o negócio é que ele está ruim e pronto! E isso já é horrível. É como se ele estivesse na UTI. É como se ele estivesse muito mal. Eu olhava pro rosto dele, era como se aquele fosse ser o último dia que eu ia está vendo ele. Porque, quando está internado, você nunca sabe como seu filho está.” Júlia*

*“Já internou, na hora. Aí, eu já entrei em desespero- comecei a chorar... Porque eu perdi uma filha duma conhecida minha, a menina dela morreu com pneumonia, né? Aí, eu já entrei em desespero.*

*[...] Que a gente vai perder, que parece que a gente não cuida, porque... Por isso que deu a pneumonia... Ah, passa um punhado de coisa... Não tem nem explicação do que se passa, sabe?- na cabeça. Que a gente sofre tanto pra ter, né?- de repente... Ah, a coisa mais importante na vida da gente é o filho da gente... com saúde, com tudo. Agora, estando doente...!” Clara*

*“Ah, você fica abalada, né? Porque uma mãe não quer isso. Você fica abalada, mas você tem que aceitar, porque a gente tem que querer o melhor para ele. É difícil, mas passa.*

*[...] Porque a primeira coisa que você pensa quando vai internar- vai morrer! A primeira coisa que passa pela sua cabeça é isso; quer dizer, vou perder- entendeu?” Renata*

*“Nossa! Eu pensei o pior, né? Eu pensei que ele estava... ruim, que tivesse acontecido o pior com ele.*

*[...] Ver aquela criança, ali, sofrendo; doente, ali. É horrível pra gente que é mãe.*

*[...] A única coisa que posso dizer é que é um lugar que eu não gostaria de estar.*

*[...] Ah, porque eu sofro muito vendo ele doente do jeito que ele está. Eu penso que... sei lá! Ele podia estar brincando, correndo... com saúde, agora. Não do jeito que ele está. Eu penso muito dele piorar... lógico que não vai, mas eu tenho medo.”* Vitória

Percebemos que as mães vivenciavam a experiência de internação com sofrimento, intensificado ou não, de acordo com a subjetividade de cada mulher. A hospitalização dos filhos faz com que as mães se recordem de experiências anteriores de perda, até mesmo de algum filho, como nos casos das mães Júlia e Marcela, que sofreram abortos espontâneos, ou pelo fato de conhecerem alguém que já perdera o filho, como relata a mãe Clara. O sentimento de perda pode ser entendido não somente como a possibilidade de morte que o agravamento do quadro saúde/doença poderia ocasionar, bem como perder referências sobre si própria e sua criança. No espaço hospitalar, as mães não mais detêm controle e domínio sobre seus filhos, sendo o cuidado orgânico depositado nas mãos da equipe médica, de sorte que esta, ou o acaso, é que determinarão o desenrolar da hospitalização. Também é importante frisar que apenas com a invenção de um sentimento de infância e de maternidade, após os séculos XVII e XVIII, é que a perda de um filho, ou o simples medo da perda, poderia ser vivida com dor e pesar. A criança, a partir daquele momento, estaria associada a um indivíduo frágil e dependente de cuidados e proteção. Quem deveria prezar por tais atribuições seria, especialmente, sua própria mãe, de modo que a relação entre eles seria aproximada, possibilitando o estabelecimento de identificações entre eles.

O sofrimento que as mães relatam, dessa maneira, parece sobrevir de uma identificação muito profunda com os filhos, ou mesmo de uma fusão entre elas e eles:

*“Porque você vê uma parte sua, praticamente, ali [...].”* Júlia

Para que o processo de identificar-se com o outro aconteça é importante que exista, previamente, um terreno em comum com a outra pessoa e, assim, seja possível colocar-se no lugar do outro. Melanie Klein (1937 [1996]) afirma: “Essa capacidade de identificação com outra pessoa é um elemento extremamente importante das relações humanas em geral, além de ser uma condição básica para sentimentos de amor fortes e verdadeiros” (op. cit., p. 352).

Sigmund Freud, em seu artigo *Luto e Melancolia* (1917 [1915]), explica que a identificação ocorre quando o ego incorpora para si mesmo uma parte do objeto escolhido para ser investido libidinalmente. No caso em questão, as mães estabelecem uma forma de relacionamento baseada em uma identificação narcisista com seus filhos, de forma que eles são incorporados aos seus próprios eus e, assim, as vivências daqueles são sentidas como sendo delas próprias. Daí o medo da perda através da morte, conforme relataram as mães, intensificar-se, uma vez que significa perder uma parte de si própria, ou do próprio ego.

O modo como ocorre o processo de incorporar aspectos do outro para dentro do eu pode ser mais bem entendido com os conceitos de Klein (1946), a respeito da *identificação projetiva* e dos processos de projeção e introjeção. Salienta que o processo de identificação coincide com a posição esquizoparanóide, fase do desenvolvimento infantil ligada aos três ou quatro primeiros meses de vida. Nesse estágio do desenvolvimento, o *self* é cindido em aspectos bons e maus, e a identificação é uma forma de defesa contra ansiedades persecutórias, quando o ego se sente ameaçado, externa ou internamente. Na identificação, o *self* cinde-se, projetando partes suas sobre o objeto, o qual se tornará o representante daquelas partes. Nesse sentido, se o *self* projetar suas partes agressivas, o objeto externo será sentido como persecutório, identificando-se com ele, em seus conteúdos agressivos. De maneira equivalente, se as partes boas do *self* forem enviadas para dentro de uma outra pessoa, ela se tornará admirada e amada, pelo mesmo processo de projeção, introjeção e identificação.

Hanna Segal (1975), estudiosa da teoria kleiniana, ressalta que são vários os motivos pelos quais o eu (ou *self*) se cinde, projetando suas partes:

Partes más do eu (*self*) podem ser projetadas a fim de se livrar delas, bem como para atacar e destruir o objeto; partes boas podem ser projetadas para evitar separação, ou para mantê-las a salvo de coisas más internas, ou, ainda, para melhorar o objeto externo através de uma espécie de primitiva reparação projetiva. (op. cit., p. 39).

No mesmo sentido, as mães cindem seus próprios eus, colocando suas partes libidinais sobre os filhos, os quais são tomados como objetos ideais e introjetados de volta ao ego materno. Contudo, com as mães hospitalizadas, a identificação que elas vivenciam não coincide com uma espécie de empatia com seus filhos, uma vez que esse processo pressupõe uma separação entre EU e o OUTRO. A identificação delas aproxima-se de uma fusão entre as partes envolvidas, de maneira que deixa de existir uma distinção entre EU e NÃO-EU. Dessa maneira, a identificação conduz às mães vivenciarem a hospitalização de seus filhos, com as mesmas dores e sofrimentos vividos por aqueles, de maneira que, além delas se tornarem habilitadas e sensibilizadas a compreender o que seus filhos necessitam, também assumem para si as mesmas dores físicas e emocionais infligidas ao corpo deles. Como o relacionamento com o filho e o seu adoecimento estão, igualmente, acompanhados pelo sentimento de culpa, a identificação acaba por ser facilitada por esse sentimento, de maneira que a identificação resulta também em uma espécie de autoflagelação, para se “purificar” do mal que pensa ter causado ao filho:

*“Então, a mãe sofre de ver isso que o filho está passando, de saber que ele está sentindo dor. Toda mãe pensa: ‘Senhor, por que essa dor não é minha? Ai, Senhor! Por que não passa essa dor pra mim?’ Então, a mãe sofre de saber que seu filho está sofrendo.*

*[...] Porque você vê uma parte sua, praticamente, ali, você sabe que, se internou, é porque está sofrendo.”* Júlia

*“Queria que fosse em mim, e não nele.”* Ana

*“Se a gente pudesse estar no lugar dele, até quando fica doente. Fico pensando: ‘por que não deu em mim, por que vai dar nele, por que eu não fiquei doente?’ Penso assim: ‘podia ser em mim e não nele.’”*

Bruna

Podemos contribuir para a compreensão da identificação adotando, também, os estudos psicanalíticos de Donald W. Winnicott (1945 [1978]), quando enfatiza que “[...] um

bebê não pode existir sozinho, psicológica ou fisicamente, necessitando realmente de uma pessoa que cuide dele no início” (op. cit, p. 281). Nesse sentido, uma mãe e um bebê nada são sem a presença um do outro, não têm existência; por isso, a doença da criança atinge o corpo subjetivo também da mãe. A essa capacidade materna de se identificar com o seu bebê e adaptar-se às necessidades dele, Winnicott (1956 [1978]) deu o nome de *preocupação materna primária*, tema abordado em um artigo de mesmo nome.

Trata-se de um estado de sensibilidade aumentada que a mãe adquire, durante e especialmente ao final da gravidez, continuando por algumas semanas após o nascimento da criança. Nesse estado de *preocupação*, a mãe é capaz de se colocar no lugar do recém-nascido e responder a suas necessidades corporais e do ego, que vão surgindo gradualmente. A mãe alcança essa capacidade quando o bebê ainda é dependente dela. Conforme ele vai se desenvolvendo e caminhando rumo à independência, a mãe também vai se permitindo afastar-se dele, recuperando sua identidade.

Contudo, nem todas as mães chegam a atingir tal estado de preocupação primária. Algumas se mantêm ligadas aos seus próprios interesses, não os abandonando para ligar-se e identificar-se com seu recém-nascido. Outras, por sua vez, colocam-se tão preocupadas com seus bebês, que não conseguem recuperar sua própria personalidade, de modo que sua preocupação se torna patológica.

Assim, a mãe em que a identificação transcorre saudavelmente, após o período descrito de grande dedicação ao bebê, pode ir-se afastando do mesmo, dedicando menos tempo aos cuidados dele e retomando suas atividades diárias. Esse ato de se afastar permite que o bebê se desenvolva e rompa o laço de dependência com sua mãe, caminhando para uma dependência relativa.

A relação mãe-bebê não será mais regredida, dando espaço para que a personalidade da mãe se recupere e que a personalidade do bebê se construa. Esse estado de *preocupação materna* poderia ser comparado a uma doença, se não envolvesse a gravidez. Winnicott afirma que “[...] é necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver este estado quanto para se recuperar dele quando o bebê a libera” (1956 [1978], p. 494).

Poderíamos pensar que, ao se depararem com o adoecimento da criança, as mães readquirem aquela capacidade de identificar-se com os filhos, reassumindo a *preocupação materna primária* descrita. Elas aproximam-se de suas crianças naquilo que elas estão sofrendo, porque podem investir libidinalmente nos filhos, como se fosse nelas mesmas.

Todavia, sua preocupação e sua identificação nem sempre conseguem manter um nível de normalidade, tornando-se patológicas, impedindo o cuidado requisitado pelo estado de doença da criança, devido à perda de identidade que ocasiona.

As mães do estudo adquirem uma especial capacidade para cuidar dos seus filhos, não porque isso seja da natureza materna, como um dom, mas porque elas estabelecem um relacionamento sensível aos comportamentos e necessidades deles e, além disso, porque essas mães já foram também bebês. É devido a suas próprias experiências infantis que a identificação da mãe pelo seu filho é facilitada, habilitando-a a se tornar consciente das necessidades dele, de tal modo que pode fornecer-lhe algo no lugar e na hora certos; por exemplo, a capacidade de fornecer o seio no momento mesmo em que o bebê o deseja. Da mesma maneira, é somente quando a mãe se sente bem cuidada pelo hospital, reassumindo o lugar de bebê bem cuidado por uma mãe suficientemente boa, que ela pode sentir-se fortalecida a se doar ao próprio filho, identificando-se com ele e pronta a oferecer-lhe a mesma atenção que sente estar recebendo. Somente assim, apesar de o cuidado no hospital vir acompanhado de dor - provocada pelos medos, agulhas e soros -, as mães podem sentir-se seguras, naquele ambiente, revertendo o sofrimento em superação daquele estado. No mesmo sentido, se não puderem se sentir cuidadas pelo hospital, também elas não poderão desenvolver uma preocupação saudável com seus filhos. Desse modo, identificadas aos filhos, em uma espécie de fusão, poderão unicamente sentir-se doentes e em sofrimento. Assim, diante da questão que elas trazem: -“*Senhor, por que essa dor não é minha?*”- eu lhes responderia: - “Sim, essa dor já é sua!”.

Podemos, além disso, acrescentar que a identificação é facilitada – ou mesmo exigida – graças ao imaginário social sobre a maternidade. Conforme já discutimos, o amor materno, construído e consumado nos dias atuais, exige da mãe uma relação de intimidade e proximidade com seu filho. É ela quem deve melhor conhecê-lo, assim como é ela quem deve viver por ele, sofrer e se alegrar com e por ele. Como bem afirmou a mãe Janaína, ser mãe “[...] *é padecer no paraíso.*” Ou seja, o que a sociedade mais espera de toda mãe é que ela saiba alegrar-se com o privilégio de poder viver a maternidade, saiba aceitar as dificuldades que existem, nessa experiência, como em toda e qualquer outra, com a diferença de que deve fazê-lo com um sorriso de satisfação e gratidão.

Outra postura cobrada é a de que se penalizem, sofram e chorem por seus filhos, quando também eles estão sofrendo ou, como no caso, convalescendo. Em vista de tudo isso,

a mãe seria socialmente estigmatizada, se não se comportasse dessa forma, dentro do hospital, sendo questionada em seu papel materno e recebendo as condenações morais de tal atitude ou “displacência”. Certamente, não é nossa intenção ironizar o sofrimento da mãe, ao deparar-se com o adoecimento e a hospitalização da criança, mas lançar um olhar crítico para a “naturalização” desses comportamentos, sem negar a relação de identificação existente no relacionamento materno-infantil.

## 5. As Mães e a Relação com a Equipe de Saúde

A experiência de estar hospitalizado, vivida pela mãe e seu filho, também é perpassada pelos relacionamentos estabelecidos no ambiente hospitalar. O convívio com os profissionais de saúde, aqui incluídos médicos e enfermeiras, mobiliza o surgimento de sentimentos ambivalentes dirigidos àqueles. Assim como, diante da relação com a própria instituição hospitalar, sentimentos de amor e ódio são suscitados.

Iniciaremos nossas reflexões tomando, primeiramente, como objeto de interesse a relação com a equipe de Enfermagem. Esta última, por ser aquela com quem as mães mais convivem, uma vez que está permanentemente no hospital prestando serviços, ao contrário da equipe médica, vista com menos frequência e em horários restritos, era atingida mais de perto pelos sentimentos despertados nas acompanhantes, mediante a experiência vivida.

O papel das enfermeiras é prestar cuidados aos enfermos, oferecer as medicações prescritas, atentar para a evolução do quadro de saúde, auxiliar em cuidados diários com o próprio corpo etc. A função por elas desempenhada desperta nas participantes da pesquisa, - as mães -, sentimentos tanto de amor e gratidão, devido a esse cuidado prestado, como de ódio, devido à forma como esse cuidado acontecia:

*“As enfermeiras ajudam. O que precisar, se você chamar elas, que elas ajuda.”* Helena

*“Ai, pra mim elas são muito boas- não posso reclamar. São belezinha! Elas vêm, ajudam. São atenciosas. Não posso reclamar, não. Elas são boazinhas, são atenciosas.”* Ana

*“Com a minha filha, não tenho o que reclamar; não tenho. São muito educadas com a criança, né? Não tenho o que reclamar delas. Não fico perturbando... Aqui, nenhuma perturba as enfermeiras. Né?- cada uma ajuda uma a outra. As enfermeira só vêm aqui, dão o remédio. A gente não fica atrás, também...”* Clara

*“As enfermeiras são muito boas, são atenciosas, são dedicadas; pelo menos comigo e com a minha filha têm sido.”* Renata

*“Tem algumas enfermeiras que são até assim... são atenciosas... Tem umas que não tem o que reclamar, não. Tem outras que...*

*[...] Tem umas que tem paciência, as outras já não têm, né? Sei lá...”*

Vitória

*“Tem umas enfermeiras que chegam aí com uma cara que,- pelo amor de Deus! Só gostam de fazer intriga, só gostam de ficar tirando sua paciência. Às vezes, vem com algum problema da casa delas, chegam aqui, e vêm descontar na gente!”* Maria

*“Então, tem duas enfermeiras legais. O resto são todas chatas. Todas sem paciência. Meu filho está com diarreia- a fralda não segura-, então elas têm que estar trocando o lençol toda hora. Tem enfermeira que chega a recusar lençol pra mim.*

*[...] Então, e com as enfermeiras é assim: tem enfermeira que é um amor. Tem duas enfermeiras aqui que são uma bênção. São atenciosas, são calmas; agora as outras, em compensação, são enfermeiras bravas; você vai perguntar um negócio e elas falam assim: - ‘mãe, você tem que perguntar isso pro médico, a gente não sabe!’ ”* Júlia.

*“Ah, tem umas que é bem legal, né? Que é legal, que não vem sem educação com a gente, que brinca. Das enfermeiras não tem o que reclamar, não.*

*[...] Nossa! Na hora que vê a enfermeira, dá vontade de bater tanto nela, por ter feito meu filho chorar...!”* Marcela

Podemos apreender, nas falas das mães, que os sentimentos ambivalentes despertados mantêm-se cindidos em suas subjetividades, impossibilitando-as de estabelecer uma compreensão completa e integrada das enfermeiras, sobressaindo em tais relacionamentos, ora os aspectos mais positivos, como o cuidado e a atenção, ora os negativos, como a indiferença e o descaso. Entretanto, tais sentimentos tão opostos não são percebidos como presentes e participantes da personalidade de cada enfermeira, contudo são

afastadas essas características, nomeando, no hospital, as enfermeiras que “são boas” e as enfermeiras que “são bravas”. Em outros termos, podemos afirmar que não lhes é possível perceber aquelas enfermeiras como *mães boas e também más*. Essa cisão no relacionamento com as enfermeiras é facilitada pela forma como a atividade delas é percebida, sendo seus procedimentos entendidos como violentos unicamente, ao invés de uma possibilidade de recuperação do estado de saúde dos pacientes, gerando sentimentos de revolta e a sensação de que a dor – física e emocional - presente nessa experiência é desconsiderada:

*“Se eles não sentem, só porque é o trabalho deles- eles estão ganhando pra isso, né? - então eles não se importam tanto com o sentimento, eles se importam com o dinheiro. Eles estando recebendo o deles... Minha filha que... Onde já se viu, uma criança de 1 ano e 1 mês ser picada no pescoço, gente? Isso porque eu não estava perto. Ela está precisando? Tá, está precisando de ajuda, mas, desde que venha um enfermeiro competente para poder picar minha filha, relar na minha filha. Quantas vezes vem uma enfermeira carinhosa- de primeira acertava -, depois vinha uma que parecia que estava na menopausa, ficava picando minha filha três, quatro vezes. [pausa] Isso cansa, cansa. Você vai ficando traumatizada, revoltada de hospital, de tudo.”* Maria

Podemos igualmente afirmar que as mães entrevistadas estabelecem com as enfermeiras uma relação transferencial, na qual, inconscientemente, desejam encontrar nelas suas próprias mães a fornecer-lhes cuidados e dedicação. Quando a *mãe* encontrada não se aproxima daquela imaginada e idealizada, os sentimentos de frustração são ativados, e recursos de defesa mais presentes na infância, como a cisão, são utilizados para lidar com esse sentimento de não se sentir capaz de integrar em seu mundo interno a imagem de uma *mãe boa* e uma *mãe frustradora*.

Faz-se importante, novamente, destacar que a função das enfermeiras é prover cuidados aos pacientes, neste caso, as crianças enfermas. Este relacionamento mais próximo entre as crianças e a equipe de Enfermagem pode provocar nas mães sentimentos de ciúme e inveja. Nossas entrevistadas estão vivendo uma experiência de se culpar pelo adoecimento de seus filhos, o que lhes é fator de sofrimento e autopenalização. Ao serem inseridas no

hospital, o cuidado, no que se refere à recuperação da saúde, é desempenhado por outras mulheres, consideradas mais aptas. Aquelas mães, poderíamos pensar, se sentem ameaçadas em suas funções, as quais são substituídas por outras pessoas. As enfermeiras são percebidas como capazes de prover o cuidado que elas mesmas não conseguiram, já que seus filhos adoeceram. Além da agressividade advinda com a experiência de hospitalização, pelo significado de culpa que essa experiência tem para a mãe, e devido à institucionalização sofrida, a agressividade também é evocada por esse sentimento de rivalidade com as enfermeiras, culminando em uma relação onde predominam o amor e a gratidão em um extremo, e o ódio e a inveja, em outro.

Em algumas ocasiões, as mães não se sentem objeto de preocupação da equipe de Enfermagem, voltada esta para o atendimento da criança. Embora também estejam adoecidas com a enfermidade e a hospitalização de seus filhos, negam a necessidade daquelas, igualmente, serem alvo de atenção:

*“Agora as enfermeiras não, quase não tem atenção: você pergunta uma coisa, elas mal e mal respondem, e já correm pra outro lugar- , por que, né? Apesar que, agora, por esses dias agora, teve bastante auxiliar de Enfermagem. Então, elas vêm, ficam, assim, só que quase não conversam, né? Ficam, assim, mais observando ele [a criança], faz ginastiquinha, fica mais com ele. [...] As enfermeira ficam mais preocupadas com ele e, é lógico que o que eu quero é isso, preocupar mais com ele. E eu e ela [outra mãe presente no quarto] não, as enfermeira ficam preocupadas com ele, vendo se está tudo certinho [...].” Bruna*

Para outras mães, sentir-se acolhidas e compreendidas em seu sofrimento só se torna possível quando a enfermeira está em condições de se identificar com sua dor e, para isso, acreditam que é necessário que também a enfermeira viva a experiência de ser mãe. Em diversas ocasiões, quando me apresentava às acompanhantes e explicava-lhes sobre a pesquisa, elas me respondiam que só as entenderia quando também eu fosse mãe.

*“[...] Tem enfermeira boa, enfermeira que é atenciosa, sabe. As que são mães, elas entendem a gente. Agora, as que não são... tem enfermeira assim, que ela... não sei... se acontece alguma coisa com o soro, de parar de pingar e a mãe não viu, e a veia voltou com sangue no cateter ali, então, elas vem, dão bronca, acha que a culpa é da mãe, que a mãe não ficou olhando... Então isso traz um peso para a mãe, que ela pensa ‘nossa, vão furar meu filho de novo porque eu não cuidei’. Então, isso é dolorido.”* Júlia

Nesta última fala, podemos reconhecer, além do mais, as penalizações sentidas pelas mães na relação com as enfermeiras. Ao mesmo passo que a relação das mães com aquelas últimas envolve uma transferência da relação tida com a própria mãe na infância, desejando encontrar na equipe de Enfermagem uma mãe acolhedora e provedora, também as enfermeiras estarão transferindo para as acompanhantes suas próprias lembranças, desejos e fantasias da infância. A compreensão que as enfermeiras têm do papel materno, em especial, terá influência sobre o modo como se dirigirão às acompanhantes. Muitas vezes, depositam nelas agressividades geradas também pela inveja de ter que cuidar de filhos que não são os seus, enquanto os seus próprios, nos casos de enfermeiras que já são mães, estão sem cuidados, naquele momento em que ela trabalha.

Se pensarmos pelo lado da equipe de Enfermagem, podemos concluir que as enfermeiras, igualmente, vivenciam grande estresse na função desempenhada. “As enfermeiras confrontam-se com a ameaça e a realidade do sofrimento e da morte como poucas pessoas leigas. Seu trabalho envolve a execução de tarefas que, pelos padrões comuns, são repulsivas, desgastantes e atemorizadoras” (MENZIES, 1970, p. 7). Em razão da responsabilidade que nelas é depositada e de cobranças feitas pela própria instituição ou por sua profissão, as enfermeiras mantêm uma relação mais distanciada com os pacientes, deixando de se vincular com profundidade às pessoas porque sabem que estas irão embora assim que estejam curadas, sendo substituídas por outros pacientes, e também porque, inconscientemente, associam a doença e o sofrimento que acompanham em seus pacientes às pessoas próximas a elas, aumentando suas dificuldades de se aproximar e se identificar. Não obstante isso, em algumas ocasiões, presenciei conversas entre as mães e as enfermeiras que envolviam atividades fora do ambiente hospitalar, de interesses pessoais, diminuindo o

“clima” de doença que impera no hospital, permitindo-lhes distanciar-se do sofrimento que se faz marcante naquele lugar.

No que se refere à relação estabelecida pelas mães com os médicos, também os sentimentos ambivalentes são mobilizados. Diferentemente do que acontece no relacionamento com as enfermeiras, não existe uma disputa ou inveja pela função desempenhada. Os médicos são tomados como objetos de admiração, devido ao saber que eles detêm. Já afirmamos que os médicos, nos séculos XVIII e XIX, aproximaram-se das famílias para lhes ensinar novos saberes no cuidado com as crianças. Além de inculcarem, nos pais, sentimentos de desvalorização do próprio conhecimento, invalidando seus saberes e desenvolvendo sentimentos de culpa e incapacidade, eles também elevaram a importância do papel da mãe dentro do lar e junto dos filhos. Estabeleceram uma aliança importante com a figura materna, de modo a oferecer-lhe o conhecimento de que necessitavam no cuidado dos filhos. Assim, os médicos adquiriram *status* especial aos olhos maternos, associados a um ideal de saber. No ambiente hospitalar, igualmente, os médicos adquiriram poderes semelhantes. Ao adentrarem os hospitais contemporâneos – conforme aprofundaremos no capítulo seguinte -, os médicos foram coroados como “reis” no espaço hospitalar, aptos a fornecer respostas e curas para o estado de doença que mantém o sujeito naquele ambiente. Nas falas das participantes deste estudo, por exemplo, podemos encontrar sentimentos de reconhecimento, admiração e amor:

*“Eles explicam para você com calma. Que nem a doutora dela [...]. Nunca tinha conhecido essa médica. Conheci agora, e ela está sendo muito boa, está cuidando da minha filha. Ela me orienta, me explica como está o procedimento do tratamento da minha filha. Agora, os enfermeiro... você vai perguntar um A, já vem com dez pedras para o seu lado.”* Maria

*“A médica que está atendendo ela, eu também não tenho do que reclamar.”* Helena

*“Não posso reclamar, não. O doutor me recebeu super bem.”* Ana

*“Eu já conheço ele, então eu não tenho muito o que falar porque... Todos os exames que ele fala aqui, que ele dá aqui, lá no Posto de Saúde também ele fala a mesma coisa. Então, não tem nenhuma surpresa. E que ela está bem melhor, ela está.” Clara*

*“A médica dela é uma excelente pediatra, então eu não tenho queixa nenhuma.” Renata*

As mães estabelecem um relacionamento com os médicos coincidente com os relacionamentos tidos com seus pais, na infância. Inconscientemente, transferem à figura médica as mesmas lembranças e desejos que têm, com respeito aos seus pais introjetados. Comportam-se diante dos médicos, transferencialmente, da mesma maneira que seus pais se comportavam com elas ou como gostariam de ter sido tratadas, revertendo situações arcaicas conflituosas. Em alguns momentos, colocam-se diante dos médicos como *filhas* dispostas a oferecer carinhos e gratidões a esses *pais* percebidos como pessoas prestativas. Quando essas mães entrevistadas, conseguem estabelecer dentro de si mesmas os pais bons introjetados durante a infância, nos relacionamentos futuros, são também capazes de confiar nas pessoas e acreditar que elas podem contribuir com sua presença, diante de circunstâncias de dificuldades.

Podemos acrescentar que a imagem do médico é associada à possibilidade de *cura*, diferentemente do que acontece com as enfermeiras. As mães depositam na pessoa do médico a crença no conhecimento necessário para o restabelecimento da saúde e a esperança de afastamento do fantasma da morte, enquanto as enfermeiras representam figuras maternas, presentes no hospital para desempenhar, tão somente, a função de cuidado.

Não obstante toda a admiração voltada à figura médica, esta não está imune de sofrer ataques das mães. São também associados, nas falas maternas, a médicos ausentes, distantes. Os sentimentos despertados com o pouco convívio com essa figura e com o silêncio que a caracteriza, em suas práticas, são o de desconhecimento e abandono, mobilizando os mesmos sentimentos como quando, em sua infância, seus pais não puderam atendê-las em suas demandas.

Os médicos são vistos em poucas ocasiões pelas mães e, raramente, o médico que acompanha a criança na Santa Casa coincide com aquele que solicitou a internação. A este último são dirigidos aqueles mesmos afetos descritos, de amor e admiração, posto que são

ligados àqueles que “salvaram” seus filhos, enquanto os outros são tidos como desprovidos da mesma importância:

*“Médico eu ainda não sei. Porque o médico, ele veio aqui, olhou e já saiu. Nem perguntou nada. Então, até agora eu não vi o médico. Ele deixou ele no soro hoje, que diz que vai voltar amanhã, que vai dar no exame dele, tudo. Mas o médico que mandou, que pediu a internação dele pra cá foi o doutor do Posto de Saúde, né? Então, o médico foi, nossa, excelente. Eu vi a preocupação dele, se preocupou mesmo, ele até escreveu, fez um X bem grandão no papel, internação, e até ligou aqui, falando que era pra internar ele, avisando que não era pra mandar embora pra casa, sabe?” Bruna*

*“O pediatra que ele pegou, pra mim não é um pediatra bom. Eu acho que nem pra mim, nem pras outras mães. Porque você vai nele, fala que seu filho está com isso, isso e aquilo outro, e ele fala assim ‘ah, é uma gripinha à toa...’ Tem mãe que foi até... que passou nele e ele falou a mesma coisa, daí chamou um médico particular, a criança estava com pneumonia.*

*[...] E daqui eu ainda não conheço a médica. Porque eu saio, ela passa e eu já não estou mais aqui. Fica meio difícil encontrar ela. Então, quem conversa com a pediatra, quem conhece, é a minha sogra.” Vitória*

A partir das falas das mães, podemos reconhecer nos médicos o mesmo comportamento estabelecido pelas enfermeiras – de se manter afastado dos pacientes, possivelmente, como uma forma de preservação da identidade, devido ao sofrimento que o identificar-se com uma criança doente poderia suscitar no próprio profissional. Argumenta E. J. Soar Filho:

Tais vivências internas podem ser comprometedoras, sobretudo quando o médico não estiver consciente da possibilidade de que os sentimentos interfiram em suas habilidades profissionais. Por outro lado, se estiver ciente delas e for capaz de elaborá-las adequadamente, pode transformar suas próprias vivências interiores em instrumentos de empatia e compreensão. (SOAR FILHO, 1998, p. 36).

Assim, quando seus próprios sentimentos e afetos não podem ser compreendidos e nomeados, os médicos se impedem de viver uma relação de empatia com as mães, afastando-se delas e de suas crianças, e impossibilitando-se de serem um continente seguro para aquelas pessoas.

Na fala de uma mãe, Júlia, podemos reconhecer os sentimentos ambivalentes presentes no relacionamento com a figura médica, contudo, desta vez, de forma integrada, percebendo-o de maneira total, com seus aspectos bons e ruins. Enfatizamos, com referência a esses últimos aspectos, o fato de coincidir com as queixas de outras mães de não receberem do médico a atenção e as explicações que desejam, provocando nelas sensações de insegurança e angústia diante do “não-saber”:

*“O médico dele tem o lado bom e o ruim. O bom é que ele é um médico assim, um dia eu tive uma crise aqui, segunda-feira à noite, eu comecei a chorar que eu não sabia o que estava acontecendo com o neném, então, eu chorando, o neném chorando de dor, ligou pro médico e ele veio na hora. Só que o lado ruim dele é que, às vezes, ele chega e só pergunta ‘mãe, como o neném está? Mãe, como o neném passou?’. Aí eu falo e ele ‘então tá’. E ele sai da sala, ele não me dá uma resposta, ele não fala ‘mãe, é assim mesmo. O Rota-vírus é cinco dias ruim, depois ele vai melhorar’. Ele não faz isso pra acalmar a gente. Ele entra, te ouve e ele sai. Aí você tem que ficar correndo atrás dele, onde ele está pra ficar perguntando as coisas. Então eu acho que o médico tinha que ser um pouco mais atencioso nessa parte.” Júlia*

No hospital, o papel do médico é lidar com a doença. A relação que ele estabelece não é com o sujeito doente, porém com a doença que o trouxe àquele lugar, as estruturas internas do organismo, despersonalizando as mães e as suas crianças. As expectativas que as mães depositam sobre os médicos, além de serem as de receber a “cura”, são as de serem também reconhecidas em seus sofrimentos, em suas incertezas e dúvidas. O que aquelas mães desejam encontrar, quando se aproximam da equipe de médicos ou de enfermeiros, é o mesmo *holding* ofertado por suas próprias mães, em sua infância. Esse *holding* pode ser, primeiramente, físico, como um “segurar na mão”, representando a mãe que toma em seus

braços o filho que chora, para que, posteriormente, se reverta em um *holding* emocional, um olhar ou uma palavra que emanem o mesmo sentimento de estar sendo sustentado, de encontrar no outro um ego capaz de proteger o seu ego frágil, da mãe-acompanhante. Essas expectativas, porém, raras vezes são supridas. Tanto os médicos, como as enfermeiras, revelam-se despreparados para lidar com os sentimentos dos pacientes e os seus próprios.

Não desconsideramos aqui as precárias condições de trabalho propiciadas aos profissionais de saúde, a falta de reconhecimento institucional muitas vezes presente, desencadeando posturas diante dos pacientes que revelam suas insatisfações, nem sempre conscientemente assumidas.

Também o imaginário social, por sua vez, reveste o trabalho médico de uma busca rápida pela cura, exigindo desses profissionais atitudes onipotentes de restabelecimento da saúde. A equipe médica e de Enfermagem, poucas vezes está preparada para reconhecer e lidar com as cobranças que lhes são dirigidas, externa e internamente. Sentimentos de culpa estão, igualmente, presentes em tais profissionais, quando não conseguem atingir os objetivos para os quais estão designados.

A capacitação emocional desses profissionais também é falha, impedindo a compreensão e o reconhecimento das atitudes de agressividades dos pacientes ou as relutâncias em seguir as prescrições indicadas, além do que é manifestado, como expressões de angústia e sofrimento. Sem terem conhecimento de que os pacientes e seus acompanhantes depositam sobre eles a esperança de encontrarem um *colo suficientemente bom*, os médicos e enfermeiros, conforme revelado neste estudo, encontram-se despreparados para assumir a função de *mães e pais suficientemente bons*.

## 6. A Representação do Hospital pelas Mães

Até o momento, discutimos os sentimentos despertados, na mãe, diante do enfrentamento do adoecimento e da hospitalização da criança, e como esses sentimentos se atualizam também na relação com a equipe de saúde. Neste capítulo, abordaremos o modo como as mães compreendem o espaço hospitalar e os elementos que elas destacam, para a sua definição. Embora tenham um caráter, muitas vezes, apenas descritivo, essas informações podem nos acrescentar outros entendimentos sobre a experiência que aquelas mães vivenciaram.

Um primeiro aspecto a enfatizar como intensamente marcante, no ambiente hospitalar, direciona-se para a sensação de perda das noções de tempo e espaço provocadas pela internação. Essas noções permitem ao sujeito humano manter uma representação de si, dizer e pensar sobre si mesmo, agindo como uma referência pessoal. Quando aquelas noções se perdem, novos sentidos lhes devem ser dados, a fim de se encontrar uma nova identidade diante dessa experiência.

Para as mães-acompanhantes, o tempo é infinito no hospital. Essa sensação é decorrente, especialmente, da rotina que as persegue e da ausência de outros afazeres ou distrações. Algumas se queixam de inexistirem atividades direcionadas a elas próprias, ao contrário do que é oferecido às suas crianças:

*“Para as crianças, às vezes, durante o dia, passa um carrinho de brinquedo, para as criança brincar, e para as mães? Não tem sequer uma televisão para assistir, passar o tempo. Eles acham que é fácil uma mãe... não uma mãe que precisa ficar 2 dias, 3 dias, daí tudo bem. Mas, uma mãe que precisa ficar 30 dias, 40 dias, 20 dias que seja? Não é fácil você ficar trancada num lugar onde não tenha nada para você fazer...”* Maria

*“Meu dia é dormir, o dia inteiro. Que não tem nada pra fazer. [...] O dia não passa, a hora não passa. Você não pode fazer nada, não pode ir lá fora com seu filho, que eles já falam.”* Marcela

*“Ah, a parte mais difícil, assim, é à noite, né? A noite que é mais difícil, bate uma solidão, só eu e ele, dá vontade de estar em casa, à noite é mais complicado. De dia não, de dia é gente entrando, gente saindo, conversa vai, conversa vem. Mas à noite, o tempo é mais difícil.”* Bruna

*“Tem dias que parece uma eternidade. Depois das sete, todo mundo fica quietinho, aí parece que não passa.”* Janaína

*“Então, não tem uma televisão para as crianças, até pras mães. Devia ter uma sala com televisão, com brinquedo para as crianças. Então, assim, você tem falta de tudo. Aqui é horrível. É horrível ter que ficar o dia inteiro sentada nesse quarto. Muito ruim.”* Júlia

*“É difícil, né? É difícil. Você quer ir embora. Seu mundo pára, na verdade, meu mundo parou. Eu não vejo lá fora, eu não vejo a rua, entendeu? Meu mundo parou, está tudo aqui dentro, aqui dentro desse quarto, na verdade. Porque eu não saio com ela, eu não gosto de ficar lá fora com ela, entendeu?”* Renata

*“Ah, ficar aqui é horrível, eu não gosto. A hora não passa, é muito ruim. Eu... não gosto disso aqui não, nunca gostei de hospital.”*  
Vitória

*“Aqui você pára. Aqui você não faz nada, você pára. Tem que rezar muito pra não cair aqui... porque aqui caiu, o tempo pára.”* Clara

Quando o tempo não pode ser pensado como possível de ser finalizado ou não é possível imprimir-lhe um término, a hospitalização e o sofrimento que a acompanha tornam-se mais difíceis de ser compreendidos como uma vivência passageira ou com um caráter de finitude, provocando a sensação de ser insuportável enfrentar aquela experiência. Essa vivência da noção temporal intensifica, ainda mais, os sentimentos de angústia e sofrimento, frente ao adoecimento da criança.

Com respeito ao espaço hospitalar, as definições se dirigem para a sensação de serem privadas em suas vontades ou preferências e para a falta de liberdade de circulação pelo ambiente. Esta última limitação, relativa à impossibilidade de circular pelo hospital, não se deve unicamente a uma restrição da instituição, mas principalmente a um temor causado pelo convívio com outros pacientes ou medo de contaminação – acrescentando-se aqui o medo persecutório de ser atacado pelo hospital, conforme já teorizamos anteriormente.

*“Então, de ficar aqui, ai, está sendo os piores dias da minha vida... Porque você não pode ir para lugar nenhum, que pode pegar uma doença. Você não pode fazer nada! Tem que ficar aqui com ele, sentada aqui, vendo. Não pode nem sair do quarto que é perigoso. Daqui até ali fora já é perigoso. Então é ruim ficar aqui.”* Marcela

As queixas são muitas e envolvem o funcionamento hospitalar, como os novos horários para alimentação ou a aplicação de medicamentos, a pouca privacidade e o desconhecimento do novo ambiente que as incapacita de tomar atitudes e iniciativas:

*“O que a gente mais sofre aqui, além de ver o seu filho deitado na cama, com o olhinho fundo, ele olhando e falando ‘Mamãe, tá doendo aqui. Mamãe, eu quero ir embora. Eu quero minha casa’. Além disso, são, assim... a falta de coisa que tem aqui.*  
*[...] Então, a gente vê que falta muita coisa aqui. Falta muita coisa para ser feita aqui. Então, é isso que estressa as mães de ver. Você vê muita coisa errada no banheiro. Você não tem coragem de pôr seu filho dentro da banheira. Na limpeza, sabe? não é igual na sua casa... Então, são essas coisas que estressam a mãe. Essa falta de lugar para a mãe deitar. A mãe não pode deitar no berço, mas essas cadeiras são horríveis. O ambiente aqui, vou falar, é horrível. Para uma mãe passar o dia inteiro aqui, ainda mais eu que estou aqui há dez dias, é uma coisa cansativa. Eu já tive meu período de estresse, eu já tive meu dia de choro aqui, sabe? Hoje eu já estou mais calma, sabe? Mas, eu não sei o dia de amanhã, se eu vou estar estressada de novo. Porque é assim, depende do que acontece, você vai indo, até chegar num limite*

*que você chora, aí você está pronta de novo, pra se acontecer qualquer coisa, você chorar de novo.*

*[...] E a comida, é uma comida péssima. Quem fala que comida de hospital é gostosa é porque ela não tem paladar, ela come qualquer coisa, porque a comida daqui é horrível, é uma comida sem tempero, sem sal... Tudo aqui é ruim. O banheiro é uma falta de higiene total. Eles põem a banheira do neném em cima do vaso sujo. O quarto aqui só limpa o meio, debaixo da cama, às vezes você tem que ficar 'catando' aranha. É muita falta de higiene.” Júlia*

*“À noite, deu janta aqui cinco horas da tarde, na minha casa tenho liberdade para comer a hora que eu quiser também. Aqui, é uma janta 5 horas da tarde, e depois? Cinco, seis, sete, oito, nove, dez... porque a gente fica acordada até tarde aqui, esperando dar o remédio da criança para depois dormir. Que que a gente come, vento? Não serve mais nada. Passa de vez em quando um chazinho, mas tomar chá e tomar água é a mesma coisa. Não enche barriga.” Maria*

*“Olha aí, o horário da alimentação é diferente. Então, tem diferença o hospital pra casa da gente, e muita!” Helena*

*“Ele não janta essa hora. Ele janta seis horas, seis e meia... Aqui é quatro e meia, e ele não come, entendeu? Então, esse que é o problema. Agora em casa não, em casa ele come, seis e meia, seis horas...” Ana*

*“Na sua casa, você faz na hora que você quer. Aqui não, aqui tem horário, tem que ser cedo, não pode ser à tarde.*

*[...] Aqui você tem que fazer do jeito que eles quer, não é do seu jeito. O remédio você pode dar mais tarde pro seu filho, aqui tem que ser naquela hora. Tem que acordar naquela hora. Aqui, se eu falar que não quero, eles vêm falar que é daquele jeito.” Marcela*

*“Aqui é essa rotina que você está vendo, não muda nada. É senta, conversa, uma ajuda a outra, é mamadeira, é almoço, é banho, é trocar, essa é a rotina daqui. E, se ficar um mês aqui, a rotina é a mesma, se ficar um dia é a mesma coisa, não muda nada. A única coisa que muda é só as enfermeiras. Elas vão mudando. É a única coisa que muda, porque o resto não muda nada.” Clara*

*“Ai, não é nada bom. Que a gente fica aqui à toa, fica só aqui parado. [...] Ele vive saindo sozinho, eu e ele, que ele costuma passear, tem os horários certinho de tomar banho, hora de dormir, hora que vai passear, de brincar, hora que vai assistir TV... Ele tem todos os horários dele, então aqui fica meio sem ter as coisas pra fazer.” Ana*

Outra queixa freqüente, nas falas das mães entrevistadas, refere-se à acomodação oferecida às acompanhantes. O desprazer relatado por dormir em cadeiras, de modo que o cansaço físico se converta em cansaço psíquico, revela além do mais uma ausência de reconhecimento pela presença daquelas mulheres, por parte da instituição hospitalar:

*“[...] tem que dormir em cadeira, e eles não têm dó de você, não deixa nem ao menos você dormir no berço com a criança, o berço é de ferro e eles falam que não agüenta, que o peso é só para criança. E quando vem uma criança de uns 50 quilos? Eu peso menos de 50 quilos, eu peso 43. E essas criança de 50 quilos, eles não vão deixar dormir no berço porque é gorda, então? Ah, eles aqui são... eles tratam a gente como se a gente... olha, uns trata bem, outros não estão nem aí com a gente, não. Nem remédio eles dão para dor de cabeça, você pode estar morrendo, que eles não dão.” Maria*

*“Que nem, que acho que seria bem legal se tivesse um bercinho que nem tem no [Hospital] Regional e uma cama para a mãe dormir, seria bem melhor, ninguém ia querer ir embora daqui. Porque é ruim dormir na cadeira. Por isso que não dá para ficar aqui. Não vejo a hora de ir embora. Na minha casa é bem melhor.*

*[...] O jeito que a mãe fica aqui com o filho, que mãe que agüenta ficar aqui? Que nem, se ele tivesse que ficar um mês, como eu ia ficar um mês aqui com ele? Não tem como ficar um mês sem acomodação. Por isso que todo mundo quer ir embora. Não tem lugar pra descansar, pra deitar.”* Marcela

*“Você não tem descanso, não tem como dormir direito, a gente fica meio abatida, e a gente tem que estar forte pra poder cuidar do filho. E a gente fica meio sem sono. Que nem eu não dormi de noite direito. Toda hora a gente tem que ficar ali, com medo de escapar, ou a agulha, de perder a veia. Então, não descansa...”* Bruna

*“Ai... ai... não está bom. Eu reclamo da cadeira...  
[...] É muito desconfortável, né? Tem que dormir na cadeira... sei lá. É muito ruim.”* Vitória

As lamentações maternas sobre a rotina hospitalar, seus horários rígidos para alimentação, medicação e visitas, a sensação de desconsideração pelas individualidades, o medo do contágio, enfim, fazem com que as mães se sintam aprisionadas na instituição:

*“Eu fico louca aqui dentro, me dá desespero. Me dá desespero ficar aqui dentro.*

*[...] Com certeza, aqui dentro parece um presídio. Tem que ficar trancada, não pode fazer nada, não pode andar, tem que ficar sentada.”* Maria

*“É como se estivesse preso aqui, né? mas acostuma.”* Janaína

*“Uma prisão. Uma prisão. Ainda mais pra eles, que está acostumado a brincar, sair pra fora, ficar aqui 24 horas, 24, 48, eles ficam no desespero também.*

*[...] Aqui ninguém descansa. Nunca. É ruim pra dormir, a gente fica preocupada, é remédio, né? soro, chora... É duro...”* Clara

A relação e a compreensão que as mães apresentam da instituição hospitalar evidenciam a transferência de aspectos, primordialmente negativos, para com aquele ambiente. O hospital é entendido como uma *mãe cruel*, incapaz de oferecer um *colo suficientemente bom*. Ele é vivido como uma mãe que nega dar ao filho o leite que contém em seus seios, uma vez que o hospital é pensado, teoricamente, como provedor de saúde, e as mães entrevistadas, ao contrário, mostram-se incapazes de encontrar isso, no relacionamento estabelecido com a instituição. Podemos afirmar, guiados pelas falas das mães, que a dinâmica hospitalar, juntamente com sua não valorização da figura materna, nesse ambiente, não reconhece aquelas como *filhas doentes* a necessitar de cuidados. O hospital é percebido pelas acompanhantes, apenas, em seus aspectos ruins, estabelecendo com ele uma relação de cisão.

Essa modalidade de relacionamento está presente na posição esquizoparanóide descrita por Klein (1946), quando o bebê não está ainda preparado a unir, em um mesmo objeto, seus conteúdos bons e ruins; dito de outro modo, está incapaz de lidar com o amor e o ódio pelo mesmo objeto. Os aspectos positivos do hospital, o provimento de cuidados à criança doente, os medicamentos oferecidos, o restabelecimento da saúde são distanciados da percepção materna sobre esse ambiente, de maneira que, quando estes últimos aspectos são descritos, não são aproximados e integrados aos aspectos negativos, impossibilitando-as de compreender o hospital como um objeto total.

Outros elementos relevantes a serem considerados direcionam-se à definição de hospital moderno, trazida com as falas das entrevistadas. Para melhor compreendermos esses dados, é oportuno visitarmos a história das instituições hospitalares.

Até o século XVIII, os hospitais tinham como características a assistência aos pobres, bem como a separação e exclusão do doente como mecanismo de controle da vida urbana. Muitas das práticas de cuidado aos enfermos continuam a preservar esse mesmo ideal adotado naquele século, mantendo a segregação da doença em espaços específicos e, atualmente, cada vez mais especializados.

Por outro lado, ao reunir, em um mesmo espaço, um grande número de pessoas portando as mais diferentes enfermidades, os hospitais tornaram-se fonte de propagação e disseminação de doenças, lugar de temor e aversão. “A internação chegou a ser considerada o pior remédio para o doente, e só era aceita quando compulsória ou quando não se dispusesse dos recursos necessários ao tratamento domiciliar” (ANTUNES, 1991, p. 127).

Em vista disso, a partir do século XVIII, profissionais da área da saúde e do bem-estar social efetuaram diversas visitas aos hospitais da época, para torná-los ambientes mais salubres. Somente a partir do momento em que o hospital se transformou em objeto de preocupação, foi que a Medicina se aproximou do mesmo – estando esse espaço, até então, sob cuidados do saber religioso, principalmente. Medidas de disciplinamento do funcionamento daqueles ambientes foram adotadas, de sorte a controlar todos os aspectos relativos à permanência dos internos, bem como a própria organização hospitalar. A disciplina é definida por Michel Foucault como “[...] uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (FOUCAULT, 1979, p. 106).

Duas características principais são, pois, tomadas para definir os hospitais contemporâneos: a disciplinarização do espaço hospitalar e a sua vinculação ao saber médico. Foi assim que

[...] os médicos viriam a ser alçados ao topo da hierarquia técnica e administrativa dos hospitais contemporâneos, de onde passariam a dirigir e controlar todos os aspectos relativos ao seu funcionamento, logrando convertê-los em lugar por excelência da prática e do ensino médico. (ANTUNES, 1991, p. 153).

Dessa maneira, é possível afirmar que a representação que as mães têm da instituição se aproxima da definição dada aos hospitais modernos, mediante a função de disciplinamento empreendido por aquele ambiente, por meio dos horários rígidos para alimentação, medicação, visitas etc. Em outros momentos, contudo, o controle e a disciplina sobre os corpos não acontecem, unicamente, pelas regras de funcionamento estabelecidas pela instituição. O controle também acontece invisivelmente, através de uma “[...] pirâmide de olhares [...]” (FOUCAULT, 1979, p. 106), como quando as mães restringem suas ações e condutas em razão dos possíveis julgamentos empreendidos sobre o seu papel, conforme exemplos seguintes e tantos outros apresentados, no decorrer deste trabalho:

*“[...] Tem enfermeira assim, que ela... não sei... se acontece alguma coisa com o soro, de parar de pingar e a mãe não viu, e a veia voltou com sangue no cateter ali, então, elas vêm, dão bronca, acha que a culpa é da mãe, que a mãe não ficou olhando... Então, isso traz um*

*peso para a mãe, que ela pensa 'nossa, vão furar meu filho de novo, porque eu não cuidei'. Então, isso é dolorido.” Júlia*

*“[...] Porque você tem que cuidar, e se você não cuida, é lógico que quem está a sua volta vai falar. Então, o pessoal cobra mesmo. Mãe tem que cuidar, tem que ficar ali, olhando, cuidando.” Bruna*

Além de tais descrições envolverem sentidos concretos, dirigidos ao funcionamento e à estrutura física do hospital, revelam, principalmente, o não-reconhecimento sofrido pelas mães. A função que elas desempenham junto aos filhos não é entendida pela instituição, nem por sua equipe de saúde ou mesmo administrativa, como sendo de uma importância sem dimensões para a criança enferma. Ao contrário, a mãe é pensada tão somente como um acessório, colocado ao lado do seu filho para desempenhar, unicamente, o papel de companhia, como se essa companhia não detivesse qualquer influência sobre a preservação emocional da criança. Quando essas mães não podem ser reconhecidas em sua importância e individualidade, tampouco podem ser respeitadas nas preferências por horários de alimentação, por exemplo, passando a ser tomadas como mães “exigentes demais” ou “perturbadoras”. Essa perda de reconhecimento por suas subjetividades acontece ainda quando as enfermeiras se aproximam das acompanhantes, chamando-as por “mães”, independentemente de serem tias, avós, irmãs, enfim, pessoas com nomes e identidades próprias.

Quando inseridas em uma instituição hospitalar, aquelas mulheres vivenciam, além de todos os sofrimentos já discutidos, a perda de suas próprias identidades. Ao lado da relação de fusão estabelecida com os filhos, devido à angústia e ao sentimento de culpa despertados com o adoecimento da criança – o que provoca uma indiferenciação entre o próprio eu e o outro –, as mães são, igualmente, forçadas a abandonarem os referenciais que possuíam anteriormente à experiência de hospitalização. Erving Goffman (2005) afirma, a partir de seus estudos, que a vivência em uma instituição dá início a um processo de “mortificação do eu” da pessoa. Ainda que a permanência no hospital, pelas mães entrevistadas neste estudo, não seja por um período muito longo e permita, em acréscimo, a saída para outros ambientes, como o próprio lar, ou o recebimento de visitas externas, embora em horários restritos, podemos notar o mesmo processo de perda do próprio eu descrito por Goffman. Em suas palavras, quando o indivíduo é inserido em uma dinâmica institucional, o “seu eu é

sistematicamente, embora, muitas vezes não intencionalmente, mortificado” (GOFFMAN, 2005, p. 24).

A primeira mutilação do eu, sofrida pelas participantes da pesquisa, direciona-se à impossibilidade de dar seqüência a suas vidas com base em suas próprias escolhas pessoais, como horários para alimentação e medicação dos filhos, devendo aceitar aqueles determinados pela instituição. A segunda mutilação ocorre quando deixam de ser chamadas pelos próprios nomes.

As queixas e os temores de contágio por novos vírus ou doenças, dentro do ambiente hospitalar, podem ser traduzidos, além do que já foi exposto, como um medo de serem contaminadas por outras pessoas, pelo próprio espaço institucional, descrito como sujo ou impróprio, de maneira a contaminar a própria identidade de cada mãe. O convívio com outras mulheres, com outros valores, gera igualmente os mesmos incômodos descritos por algumas mães:

*“A outra mãe que estava aqui, erguia o berço, fazia aquele barulhão, o neném dormindo acordava. Então, é ruim ficar com outra pessoa. Porque seu filho pode estar com uma doença, o filho dela estar com outra, passa.”* Marcela

*“A dificuldade é que a gente não conhece as pessoas, e a gente tem que conviver com a pessoa ali, às vezes tem umas conversa que eu não gosto e a gente tem que conviver, né?”* Janaína

Outra mutilação do eu, sofrida pelas acompanhantes, refere-se à impossibilidade de vivência da privacidade. As visitas são recebidas nos quartos, junto das outras pessoas internadas, expondo-se a todos os presentes.

Ficar na dependência da equipe de Enfermagem ou da equipe de serviços gerais provoca, somada às descrições anteriores, uma perturbação sobre as próprias ações das mães. Elas são desprovidas de autonomia, de tal forma que são lançadas em uma relação de submissão à instituição:

*“Porque na minha casa é meu espaço, aqui dentro do hospital não é. Então, exemplo, eu vou trocar o lençol, não vou saber onde está, vou ter que ficar perguntando. Tem que ficar chamando.” Helena*

*“Pra mim, que eu sou mãe de primeira viagem, é difícil de eu tomar banho, de eu me trocar, de eu dar banho nele... Não gosto de pegar as coisas, porque eu não sei se pode pegar, eu não sei se eu posso perguntar... Então, quando eu estou aqui dentro, fico bem do lado dele, pertinho da cama, mas quando minha mãe vem, eu tomo meu banho e dou banho nele.*

*[...] É como se estivesse preso aqui, né? mas acostuma.” Janaína*

Este processo de não-reconhecimento pessoal, sofrido pelas mães, conforme apreendemos em suas falas, facilita a perda de suas identidades e a desvalorização de si mesmas e de seus saberes – como já demonstraram sentir-se, nos capítulos anteriores – bem como impossibilita acreditar que o hospital possa estabelecer, com elas próprias e seus filhos, uma relação de cuidado, uma vez que a concepção que elas trazem do espaço hospitalar é de invasão e descaso.

Winnicott enfatiza que “[...] há uma continuidade no desenvolvimento do indivíduo; este desenvolvimento tem início com a concepção, continua através de toda a infância, levando ao estado adulto, a criança sendo o pai do homem” (WINNICOTT, 1952 [1978], p. 376). Para que essa continuidade do ser de um indivíduo se mantenha, é importante a presença de um ambiente suficientemente bom, disposto a fornecer àquele indivíduo a crença de que pode confiar e, assim, viver a “[...] *ilusão* de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar” (WINNICOTT, 1951 [1978], p. 403). Se aquelas mães, na maior parte do tempo, estão impossibilitadas de se sentirem acolhidas pelo ambiente hospitalar, a continuidade do ser delas fica prejudicada, restando-lhes, unicamente, a opção de reagir às invasões do ambiente. Elas vivenciam, transferencialmente, a mesma sensação de um bebê, quando não encontra em sua mãe um *holding* satisfatório: sentem-se caindo, se despedaçando. “Um reagir excessivo não produz frustração mas sim uma *ameaça de aniquilação*” (WINNICOTT, 1956 [1978], p. 496). Em razão disso, as mães compreendem muitas das atitudes da equipe médica como negligentes ou invasivas, direcionando-se a esta

com agressividade e entendendo o hospital, prioritariamente, como lugar de sofrimento e ausência de alegria:

*“Aqui a gente vê que, assim, é um lugar de prova mesmo... E não tem alegria, porque você só vê gente chorando, gente doente, né? Assim, pessoas provadas... que estão com dores, você vê que a pessoa não tem felicidade, não tem alegria, porque a saúde, né? não tem saúde... e os enfermeiros preocupados, corre ali, tenta ajuda ali, corre lá, então, você não vê felicidade no rosto das pessoas, as pessoas estarem feliz, porque, se você está doente, como você vai estar feliz? Porque o mais importante na vida da gente é a saúde e, se não tem saúde... Não tem alegria, né?” Bruna*

*“Ah, muita pessoa doente... é um clima ruim, sei lá, eu não gosto. Você pode pegar alguma coisa de outras pessoa que está aí... é muito ruim.” Vitória*

*“Eu acho que aqui se tivesse assim, exemplo, criança ou gente vestida de palhaço pra brincar com as crianças, eu acho que seria mais animado. Eu penso isso.” Clara*

Por outro lado, em determinadas situações, o hospital precisa ser também reconhecido como um ambiente favorável ou, em termos de relação transferencial, como uma *mãe boa* e disposta a dar um colo aconchegante. A fim de não se despedaçarem, ao se depararem com a rotina e o ambiente hospitalar, algumas mães precisam reconhecer vantagens por estarem naquele espaço, como forma de defesa e preservação de suas subjetividades, de seus eus. Para isso, essas mães tomam a hospitalização como uma possibilidade de ruptura com uma realidade externa que as incomoda ou perturba, oscilando entre uma relação transferencial ora positiva, ora negativa.

*“Você sabe que, nessa parte assim, eu estou me sentindo até um pouco mais à vontade. Até no dia em que eu cheguei aqui, que eu olhei aquele quarto vazio, só eu e meu filho, sabe? Eu senti uma paz dentro*

*de mim, assim, sabe? Tem coisas que a gente vê, deixa triste... E eu fiquei naquele quartinho ali, só eu e ele, eu me senti bem ali. Porque na minha mãe também, nossa! é muito agitado.*

*[...] A gente não ter correria pra fazer nada, poder dá atenção só pra ele... Porque na casa da minha mãe é uma bagunça. Você arruma aqui, outro vem, desarruma tudo, você fica o dia inteiro fazendo serviço, o dia inteiro ali, você fica muito elétrico, nossa! parece que tá ligado na força. [...] E quando eu cheguei aqui, que eu olhei só eu e ele naquele quarto, deu uma paz, um sossego, fez até bem. Fez até bem, nessa parte.” Bruna*

*“Ele tem refluxo, então qualquer coisa que ele come demais, ou de muito grosso ou de muito fino, ele vomita, toda vez. Toda vez. Então ele não dorme à noite, não dorme de dia, ele é muito agitado. Então, minha vida desde quando ele nasceu é agitada. Então, eu sei que se ele está muito, muito agitado, ele está bonzinho, quando ele começa só choramingar, só querer deitar, eu sei que ele não está bonzinho. Eu fico pior que ele, porque ele não dorme, não deixa eu dormir. Aqui pelo menos eu durmo. Aqui eu descanso.” Janaína*

Diante da exposição aqui oferecida, é-nos possível compreender que as mães sofrem uma perda de identidade, quando inseridas no ambiente hospitalar, reforçando os sentimentos de sofrimento e de culpa emanados pelo adoecimento e hospitalização da criança pequena. Ao pensarmos que, durante o processo de internação, não somente a criança se apresenta doente, mas, em especial, a díade mãe-criança, é possível afirmar que também a mãe-acompanhante assume o lugar de *paciente*, dentro da instituição hospitalar. O *doente* transformado em *paciente* é entendido como aquele que recebe a ação hospitalar, sendo essa definição parte importante da compreensão contemporânea sobre a função do hospital. Salienta José L. Ferreira Antunes:

Os sentidos usuais do termo já indicam a negatividade impressa à condição de paciente, na verdade uma condição duplamente negativa. Por um lado, é certo que o doente hospitalizado experimenta a doença como um fator de negação de si mesmo, o qual pode, tendencial ou efetivamente, conduzi-lo à morte. Mas, por outro lado, pode-se afirmar que, como doença, o internamento nos estabelecimentos médicos contemporâneos também é vivenciado como fator de negação da pessoa enferma. (ANTUNES, 1991, p. 163).

O ingresso no hospital exige do doente – entendendo-se neste *doente* não só a criança, mas também a figura materna –, agora em estado de paciente, que se desvincule de seu cotidiano, sua intimidade e privacidade, para se inserir no novo ambiente. Ele deve abrir mão do seu próprio corpo, doente, ou do saber sobre si, para que estes cedam lugar ao saber médico, que lhe dará um diagnóstico, nem sempre coincidente com aquilo que sabe de si mesmo, para, em seguida, fornecer-lhe as prescrições terapêuticas, devendo ser corretamente seguidas, sem questionamentos, uma vez que o “bom” paciente deve também ser obediente. A cura, nesse sentido, não é consequência de uma evolução natural da doença ou reação espontânea do organismo, porém uma possibilidade ofertada pela Medicina. E, assim, por fim, o hospital contemporâneo pode também ser definido como “[...] espaço privilegiado de reposição para a vida e escola de aprendizado da morte” (ANTUNES, 1991, p. 165).

### 6.1. As Diferenças entre o Lar e o Hospital

Nas falas das entrevistadas, foi-nos possível sentir, de forma marcante, comparações feitas entre o hospital e o lar, colocando este último ambiente sempre como uma referência mais positiva e segura. Ao associarem o lar a uma experiência de ausência da doença, como de suas implicações, encontramos, igualmente, o sentimento de que seu próprio espaço, seu lar, sua família, representam um *holding* seguro, a fornecer-lhes um ambiente de proteção e cuidado. Afastar-se do lar seria como reatualizar, no presente, experiências de terem se afastado da própria mãe, na infância, e de terem sofrido com sentimentos de saudade, contudo sem perder a esperança e a crença de reencontro com um colo seguro. Enquanto a transferência negativa se sobressai, na relação com o hospital, a relação com o lar é permeada pela transferência positiva. Recordar o lar pode ser pensado, além do mais, como uma possibilidade de recuperar suas próprias identidades, anuladas no relacionamento com a dinâmica hospitalar.

Ao rememorem seus próprios lares, significações de bem-estar, alegria e contato com a família foram as mais narradas. Algumas mães precisavam falar em nome dos filhos, a

fim de mencionar a saudade e o desejo que elas mesmas sentiam da casa. A saudade também é referida à liberdade para decidir sobre a própria rotina ou a privacidade:

*“Ah, lá ela se sente mais alegre por estar perto do pai, estar perto da mãe. Ela se sente... está na casa dela, o ambiente é diferente, é a casa... casa dela, tem o quartinho dela, tem os brinquedos dela, sabe? Tem as pessoas com quem ela convive no dia-a-dia, aqui ela fica sozinha. Fica uma criança... ai, sei lá... Lá ela brinca, sabe, olha, é muito difícil ficar no hospital, lá em casa é bem melhor, na nossa casa.*

*[...] Ah, de eu tratar dela, de ela brincar, dela ter a privacidade dela, de ela ter a casa dela, a casa dela pra ela dormir, comidinha na hora que ela quiser, não por horário, na hora que quer.”* Maria

*“Dá bastante saudade de casa, do cantinho... Acho que mesmo assim é pra criança, ela sente saudade dos brinquedo, de tudo deles lá...*

*[...] Eu não viria aqui no hospital com eles saudável, né? O único problema é a saudade... que é difícil...”* Helena

*“Aí é a hora que bate a solidão. Porque você está em casa, e meus familiares, a casa da minha mãe é tipo... passa um, pára, passa outro, pára, e ali a gente conversa, tudo, então a casa é sempre agitada, sempre de bastante família, toda hora. Então você chega num lugar desse, só gente estranha, não tem família, nada, ai, nossa! você sente falta, bastante.”* Bruna

*“Meus filho, eu estou com saudade, a gente tem saudade, sente falta, não adianta. [...] Faz falta pra caramba. E eles estão doído pra ver ela [a irmã], que eles não podem ver ela. Não podem entrar aqui...*

*[...] A falta dos filho. Ah parece que está faltando um pedaço da gente. Não vejo a hora de chegar em casa, sair embora... pra cuidar... Porque aqui a gente cuida, mas lá eu acho que a gente vai cuidar bem melhor do que aqui. Eu acho. Porque lá a gente tem mais ajuda, aqui*

*a única ajuda que a gente tem é das enfermeira, das companheira... Mas eu acho que lá a gente tem mais ajuda, que a gente descansa..."*

Clara

*"A distância de você ter que ficar longe da família, das pessoas que fazem parte da sua família. E a preocupação do problema, né? Que você tem que enfrentar que, na verdade, você não queria ter, você queria que estivesse tudo bem. Você queria... eu queria que estivesse em casa, tudo resolvido. Mas não é dessa forma, agora tem que esperar." Renata*

*"Ah, eu penso muito. Penso muito... que eu queria estar na minha casa. Ah, ter mais privacidade, descansar mais, ficar com meu filho... Um ambiente melhor que no hospital. Eu acho que minha casa é um ambiente melhor que o hospital. É lógico. Eu penso muito. Se eu pudesse, eu estava na minha casa já." Vitória*

Algumas mães podem contar com o auxílio de familiares, para dividir os cuidados da criança hospitalizada e, assim, conciliar com os cuidados da casa. Retornar ao lar, durante a internação, não é associado com um momento para descanso, mas justamente com a possibilidade de reorganizar o ambiente doméstico e reassumir outras funções e importâncias, além da função materna. Contudo, as mães não conseguem se desprender dos filhos por muito tempo, como se a presença constante delas pudesse proteger seus filhos, através de um olhar onipotente:

*"Minha mãe às vezes vem, fica. Minha tia que é madrinha dela [da criança], fica pra mim descansar, depois eu volto. Mas mesmo assim não deixa de ser cansativo. Saio daqui cansada, vou pra minha casa, vou cuidar da minha casa ainda, depois volto pra esse hospital. O tempo que eu fui descansar, aliás, não foi pra descansar, foi pra fazer mais coisa ainda. E se fico aqui dentro eu fico nervosa, porque não agüento ficar trancada." Maria*

*“Tem a vó dele. Minha mãe veio à noite, e a vó dele veio de manhã. Aí eu fui pra casa tomar banho, pegar uma roupinha pra ele, e voltei. E agora à tarde fica eu.” Ana*

*“Da família, assim, hoje veio meus parente visitar eu. Mas quem vem mais é meu esposo. Ele sempre vem aqui, o horário que dá ele corre aqui, vem, traz alguma coisa que eu preciso.” Bruna*

*“Então, é assim, eu sempre estou aqui com o [filho], daí minha mãe vem, fica com ele duas horas. Aí eu corro pra casa, lavo roupa pro meu marido, dou uma lavada no banheiro, porque a casa ele deixa em ordem e, ao mesmo tempo, eu tenho que pensar que eu sou mãe, mas eu sou esposa também. Eu tenho que fazer o meu papel de esposa também. Então, pra mim é cansativo, porque além de eu estar aqui com meu filho, eu tenho que arrumar um tempinho pra ir na minha casa pra fazer meu papel de esposa novamente. Deixar uma comida arrumada, porque se deixar ele come pão, miojo...” Júlia*

*“De manhã, minha sogra vem e fica com ele. Aí à tarde na hora que eu chego, eu venho e fico. E daqui eu vou pro meu serviço. [...] Fica muito difícil mesmo, porque meu filho doente, eu tenho que trabalhar, tenho que sustentar ele. E é só eu, meu marido não pode trabalhar, que ele tem problema também.” Vitória*

No entanto, esse processo de reassumir suas funções, além do cuidado da criança, acontece com bastante ansiedade e pesar. Identificadas e fundidas aos seus próprios filhos, torna-se difícil desvincular-se deles, uma vez que são parte de si mesmas, continuando a se manter hospitalizadas, mesmo quando voltam para casa ou para o trabalho. Além disso, esse processo também acontece, porque é condição fundamental para que elas possam se considerar e serem consideradas “boas mães”. Para essas mulheres, é como se aquelas atitudes fossem parte inerente da função materna, naturalizando seus atos, sem questionarem o desgaste emocional que as acoberta. Ao mesmo tempo, contudo, outra parte de seus eus se

mantém conectado às vivências fora do hospital, dividindo seus pensamentos entre esse espaço e os seus lares:

*“Fica muito cansativo... Você está com a cabeça aqui, preocupada aqui, mas você está lá. Mas na mesma hora que você vê já a criança reagindo, voltando ao normal, você vê que é preciso você estar aqui. Você não está deixando lá à toa... tem um bom motivo.”* Helena

*“Então, o tempo que eu estou aqui, minha casa deve estar de perna pra cima. Deve estar daquele jeito. Então é ruim. Fico pensando o que está acontecendo lá. Minha mãe mora aqui e nem sabe que meu filho está internado. Não tem nem como falar que ele está internado.”*  
Marcela

*“Mas é ruim. Eu estou aqui, mas estou pensando na minha casa, no meu quarto, que eu penso no meu quarto. Eu fico pensando... nas roupas que já era pra mim ter lavado, ter passado. Chegar lá vai ter mais, porque tudo que eu levar daqui, eu lavo.”* Janaína

*“Mas, e também, a mãe sofre pelo cansaço que sente. A mãe fica estressada, ela fica cansada. Tanto físico como psicológico. Eu acho que mexe mais com o psicológico da mãe do que com físico até. Porque você fica ali, ao mesmo tempo em que você está sendo mãe, você tem que ser forte do lado do seu filho, você pensa no seu esposo. Está lá, tem que se virar, a sua casa, como está? Então, é... sabe? É difícil pra mãe.”* Júlia

*“E quando está lá, está pensando aqui. Não tem parada. O pensamento vai e volta.”* Clara

*“Então é difícil, sua cabeça fica aqui e ao mesmo tempo fica em casa.”* Renata

Muito embora essa oscilação nas preocupações das mães seja vivida com tensão e certa dose de culpa, devido à impossibilidade de atender aos dois ambientes, priorizando aquele que mais precisa de sua atenção – no caso, a criança enferma –, essa possibilidade de sair do hospital e estar em casa ou no trabalho propicia às mães vivenciarem sua função de maneira mais saudável, não tomando a função materna como a única identidade que elas detêm para se definirem. Contudo, nem sempre isso é possibilitado, uma vez que o hospital lhes é associado a uma *mãe cruel*, que seria incapaz de cuidar de seus filhos, não podendo confiar naquele ambiente como um substituto para elas mesmas, desencadeando relações persecutórias entre as mães e a instituição. Em razão disso, seria importante que o próprio hospital pudesse desempenhar, como temos discutido, o papel de uma *mãe suficientemente boa*, prezando sua função de fornecer um *holding* satisfatório, a fim de que também as mães pudessem desenvolver a mesma função junto a seus filhos.

## 6.2. O Pai

Após apresentarmos as lembranças do lar diante do “estar hospitalizado”, consideramos também relevante introduzir os significados da presença paterna para aquelas mães. Com relação a este tema, não temos como propósito, neste trabalho, esgotar o assunto referente ao mesmo. O objetivo é apresentar a função paterna na perspectiva da mãe, compreendendo como ela percebe a participação daquele nos cuidados da criança e no auxílio prestado a ela mesma.

Durante muito tempo, a maternidade ocupou um lugar de destaque, nos estudos psicanalíticos, enfatizando a relação mãe-filho. Entretanto, a paternidade também tem-se revelado de importância substancial para a criança e para o fortalecimento de um ambiente seguro e protetor a esta e à mãe desta. E, assim como acontece com a definição de maternidade, a paternidade está ligada aos interesses históricos e culturais de uma sociedade, muito além de meros fatores fisiológicos (PARSEVAL, 1986).

Ao se aproximar do estudo da paternidade, Geneviève Delaisi de Parseval destaca a compreensão social que se tem da paternidade, revelando a exclusão de que ela sofre, no seu meio, bem como a falta de reconhecimento da vivência dessa experiência para a figura do pai. Tal exclusão evidencia uma “recusa da sociedade inteira que induz à recusa dos próprios interessados” (PARSEVAL, 1986, p. 16). Nas suas palavras, existem igualmente vários estereótipos concedidos à paternidade:

Fica entendido que os pais não sabem bem como cuidar do bebezinho, são desajeitados, ficam enojados, são desprovidos da legendária paciência feminina, desprovidos também desse famoso “instinto maternal” que nossa sociedade outorga generosamente às mulheres! (op. cit., p. 15)

A representação que se tem da figura do pai como mais distante, nos cuidados dos filhos, visto que deve estar mais voltado para o trabalho, por exemplo, expressa uma divisão nas tarefas dos homens e das mulheres, reforçadas por uma vivência que se crê ser exclusivamente feminina da gravidez, do parto ou da amamentação, da qual o pai estaria excluído, devido a sua fisiologia. No entanto, não significa que o homem não seja, de fato, atingido pela experiência de se tornar pai, de tal maneira que Parseval nos descreve uma verdadeira psicopatologia da paternidade, revelando dificuldades, sintomas, fantasias, regressões a que essa figura está sujeita, ao adentrar na paternidade.

Apesar de presenciarmos, nas famílias modernas, uma maior proximidade dos pais com seus filhos, desenvolvendo um relacionamento mais íntimo e carregado de afetos, o significado de paternidade, nos meios sociais, continua sofrendo ainda algumas desvalorizações, quando comparado à maternidade. Até mesmo em brincadeiras de crianças, é comum proibir-se o menino que brinque com bonecas ou de casinha, reconhecendo nessas brincadeiras conteúdos unicamente, femininos, o que pode se refletir em dificuldades na experiência real de ter um filho (ABERASTURY; SALAS, 1984).

Neste estudo, observamos que a grande maioria das mães entrevistadas relata a importância da presença do pai auxiliando a cuidar dos filhos, enumerando suas qualidades ao desempenharem a função paterna e destacando igualmente a sua importância para a vida delas. Os cuidados que eles prestam aos filhos são descritos, prioritariamente, como os de um cuidado mais lúdico ou de contribuição em um cuidado físico, quando a mãe está indisponível para aquilo, envolvida em outros afazeres. Entretanto, é importante ressaltar a fala de Marcela: *“Na hora que chora, dá pra mãe, né?”*, revelando como ideologias da maternidade e da paternidade atuam nas pequenas condutas e como ainda existem muitas distinções no desempenho de ambas as funções, relegando à mãe cuidados que se acredita exigirem uma maior disponibilidade ou mesmo maior identificação com a criança, para compreender seus gestos ou seus choros, percebendo a paternidade como destituída de “instinto maternal”, ou seria melhor dizer, de “instinto paternal”, tão atuante quanto o anterior. As famílias representadas pelas mães entrevistadas mostram conservar ainda distinções nos papéis atribuídos aos homens e às mulheres. Ainda que os pais sejam descritos como participativos nos cuidados com os filhos, demonstrando existir uma relação mais próxima e afetiva entre

eles, os cuidados do lar permanecem sendo atributos da mulher, restando para os homens a tarefa de contribuir apenas financeiramente:

*“Em casa ele ajuda, em casa ele é atencioso com a menina, ele é cuidadoso com a menina. Às vezes, ele cuida melhor do que eu até.”*

Maria

*“É que, no meu caso, eu não reclamo, que meu esposo é bem presente, é um pai bem presente, né? Então, ele está sempre ali do lado, o horário que ele fica fora é o horário de trabalho. Por exemplo, se um dia de domingo que ele está na minha casa, se ele vai jogar bola, se tem jeito de levar, ele leva o menininho, que é mais velho. E, assim, a gente divide tudo nas tarefas. Se eu dou papinha pra essa, ele dá papinha pro outro.*

*[...] Banho, essas coisas assim, ele me ajuda. Se precisar trocar uma fralda. É bem assim, ele compartilha bastante a presença dele de pai.”* Helena

*“Ele como pai, eu não posso reclamar em nada, me paga direitinho, paga a pensão, é muito atencioso, ajuda bastante eu, então não posso reclamar dele não. É um excelente pai. Leva ele pra passear...”* Ana

*“Daí, com esse aqui, nossa! ele paparica, e se tiver com ele no colo, ninguém ‘cata’. E também não gosta que ninguém ‘cata’. Se tiver que tirar o filho do colo, fica bravo.*

*[...] Ele tem um ciúmes com o moleque que, Nossa Senhora! Até eu, se ficar brincando com ele demais, ele ‘cata’ no colo e sai. Daí ele fala que esse aí, ninguém ‘rela’ a mão. Só ele, que é pai, que pode. Na hora que chora, dá pra mãe, né? E se precisar levantar cedo, ele dá a mamadeira pra ele, só banho que ele não dá. Dorme junto com ele, coloca pra dormir junto. E só abraçado com ele também.”* Marcela

*“Como pai, ele é excelente, que ele é muito criança, ele é bem criança. [...] Ele brinca, joga bola, tudo, se eu saio, tenho que fazer alguma coisa, ele troca, ele dá de mamar, ele cuida, dá banho, cuida muito bem. E brinca bastante. Então, nessa parte... ele ajuda bastante. Só no serviço de casa, mas na parte com o [filho] ele ajuda bem mais.” Bruna*

*“Em relação à casa, essas coisas, não, em relação à casa, não. Mas ele é meu ponto, ele é minha coluna, ele é a coluna da casa, na verdade. Entendeu? Nós somos uma família muito unida, entendeu?”  
Renata*

*“Ele me ajuda, ajuda bastante a cuidar dele, assim, à noite ele acorda, eu tenho que preparar a mamadeira pra ele, ele fica olhando... Ele é um pai bem dedicado também.” Vitória*

Poderíamos, além do mais, pensar que, sendo a função do pai associada, especialmente, a um cuidado mais lúdico, de brincadeiras e diversões, as funções de colocação de limites ou repreensões acabam por ficar mais a cargo da mãe, mesmo porque são elas – ao menos neste estudo - que estão a maior parte do tempo junto aos filhos. Nesse sentido, elas se percebem como mais punitivas, sendo também “vítimas” de relações mais ambivalentes, tanto de sua parte, como da de seus filhos. Suas interações com a criança são constantes e mesmo impostas, socialmente, ao seu papel, associado às suas responsabilidades pelo destino dos filhos. Aos pais, por sua vez, parece restar uma modalidade de interação mais gratificante com a criança, permitindo maiores prazeres e a oportunidade de ocorrer em momentos desejados para ambos, ao invés de ser necessária, tal como acontece com a figura materna. Nas falas das mães:

*“É difícil quando o pai da minha filha, às vezes, ela fica com manha e essas coisas, eu tento corrigir, mas não com tapa, deixar chorando e falar ‘é manha’. Ele acha ruim, ele vai querer agradar a menina, paparicar, depois a menina cresce aí, me desrespeitando. Isso que eu acho que é o ruim.” Maria*

*“As dificuldades é assim, é com a educação. Que às vezes, a mãe quer proteger mais, e o pai chega do serviço, às vezes é o pai que quer proteger... Tem esses probleminhas assim.” Helena*

Em nosso estudo, somente Clara, mãe solteira, relatou que a filha não tem contato com o pai e que acredita ser melhor assim, tanto para a criança, como para ela, não ter que depender de um marido. Não obstante, recebe ajuda dos seus familiares nos cuidados da criança, de modo que a família acaba por cumprir aquela que seria a função paterna, não lhe despertando sentimentos de desamparo. A mãe Janaína, por sua vez, não consegue reconhecer no pai da criança qualidades que o tornem uma pessoa indispensável, no auxílio afetivo para a criança, principalmente porque não encontra nele um apoio suficiente para ela mesma.

*“Agora eu prefiro eu sozinha cuidar do que depender de homem pra ajudar a cuidar.*

*[...] Então, minha vida não precisa de homem, isso eu posso falar pra você que não precisa. Pra nada. Só pra chegar e falar ‘eu tenho minha filha’? Não... não precisa.*

*[...] Ah ele [o pai] bebe muito. Só por isso. Ele bebe demais da conta.*

*[...] Então, eu trabalho de segunda a segunda, pra não faltar nada pra eles. E eles não sente falta do pai não. Não sente. Porque tem os tio que agrada muito, mais que o pai, o próprio pai. E eles nem sente falta.*

*[...] Eles [os tios] faz janta, eles faz almoço, dá banho, dá janta... cuida bem deles também.*

*[...] Por isso que eu falo pra você, pai não faz falta em nada.”*

Clara

*“Ah, sei lá, de vez em quando ele vai lá, mas não sempre. Porque a gente não se dá bem, então... A gente é amigo tal, mas a gente nem olha na cara do outro. Então, ele vai lá fica um pouquinho só, rapidinho e vai embora. Agora, ele estando doente, vem todo dia. Se eu preciso de alguma coisa, ele me ajuda, ele vem.*

*[...] Ah, eu acho que ele é muito infantil. Ele não, ele chega em casa, fica dez minutinhos, vai embora. Falo que o neném está doente, ele nem pergunta o que tem, o que aconteceu. [...] Ele não tem uma preocupação de homem, de perguntar, de pai, de querer perguntar se precisa de alguma coisa, de me ajudar, de conversar comigo... Não tem. Ele vem aqui, dá uma olhadinha, não pergunta nem como que ele está, nem fala tchau pro moleque e vai embora.”*

Janaína

Ao nos aproximarmos das compreensões de cada mãe, a respeito dos pais de seus filhos, podemos igualmente pensar na relação que elas mesmas estabeleceram com seus próprios pais, durante sua infância, carregando em seus registros inconscientes, os significados daquela relação. Assim, suas descrições e compreensões sobre os pais de seus filhos, podem ser entendidas como a transferência dos afetos suscitados na relação com suas figuras parentais, de maneira inconsciente. Para algumas, a experiência atual, pode representar a possibilidade de re-atualizarem significados saudáveis da relação com os próprios pais. Para outras, pode representar a possibilidade de re-significar uma vivência que não lhes tenha sido agradável. Outras vezes, no entanto, devido a essa mesma relação inconsciente não satisfatória com o próprio pai, torna-se difícil à mulher dividir seu filho com o pai deste. A mãe estabelece uma relação possessiva com a criança, tendo na figura paterna a imagem de um intruso.

Arminda Aberastury (1984) afirma que uma das dificuldades para o pai assumir sua paternidade decorre da fantasia inconsciente de que “[...] o filho possa chegar a constituir-se uma ameaça, o filho que devora a cada um deles e ao casal, e que, portanto, se transforma em ‘perseguidor’” (op. cit., p. 82). Em outras situações, explica a autora, os pais se sentem “[...] estereis de amor ao filho [...]” (op. cit., p. 82), numa relação de submissão às próprias mães, acreditam que somente elas têm o direito à maternidade, não querendo lhes roubar essa experiência.

Há de se ter em conta, além do mais, a respeito da dificuldade do pai em assumir sua função, que, em razão de em nossa sociedade permanecer atuante a exaltação da maternidade, colocando essa experiência como um dom concedido às mulheres, as figuras paternas acabam por serem destituídas da mesma qualidade em cuidar de uma criança, considerados menos hábeis e destituídos dos mesmos dons ofertados às mulheres, conforme já mencionamos.

Em vista disso, muitas vezes, os próprios pais e mães internalizam esses estereótipos. O pai acredita ser incapaz de cuidar de uma criança, ao passo que a mãe o percebe da mesma maneira, despossuído dos mesmos dons que a natureza ofertou à condição feminina. Assim, a relação pai e filho termina por ser mediada pela mulher. Nesse ponto, existem também muitas fantasias sociais quanto aos cuidados que um homem dedica a uma criança, acabando tal contato mais íntimo ser permeado de ameaças e riscos – sexuais – à criança. Na própria Santa Casa, os pais não são aceitos como acompanhantes de seus filhos hospitalizados e, quando da ausência da figura da mãe ou de outra figura feminina que a substitua, não restando outra figura além da paterna, os pais são colocados, junto com seus filhos, em quartos separados do contato com outras crianças e mulheres.

A importância da presença paterna não está associada unicamente ao crescimento saudável da criança, mas também à manutenção desse laço com a mãe. Winnicott (1971) enfatiza a importância do pai para proteger a mãe e possibilitar-lhe cuidar e se preocupar com o bebê recém-chegado. Em suas palavras: “A primeira coisa que quero dizer é que o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (WINNICOTT, 1971, p. 129). Uma das mães, conforme já explicitado, repete essa compreensão:

*“[...] ele [o pai de seus filhos] é meu ponto, ele é minha coluna, ele é a coluna da casa, na verdade.” Renata*

Não obstante, durante a hospitalização delas e de seus filhos, quando as mães se mantêm afastadas de seu lar por um período indeterminado, a sua relação com seus maridos e sua família fica prejudicada:

*“E o meu esposo, a horinha que dá um tempo ele vem aqui, conversa, tal, mas fala mais dele [da criança], de nós quase não fala, fala mais dele, como ele está, o que que precisa, aí já vai embora. Então, não tem quase nada pra contar.*

*[...] Muda um pouquinho, né. A distância né. A distância muda um pouco, principalmente com meu esposo. Que a gente quase não está se falando, muito pouco.” Bruna*

*“E com meu marido é que eu não estou assim... como eu chego muito cansada em casa, e eu já tenho que correr, e lavar roupa e já vou ao mesmo tempo lavando banheiro, catando as roupas deles, vou passar o que tem pra passar, aí ele já vem, quer que eu cumpra com o papel de esposa dele na cama... Eu estou cansada. É quando eu já brigo com ele. [...] Poxa, eu pensei ‘nossa, eu estou esgotada, porque lá meu filho fica me sugando naquele hospital, chego aqui meu marido também’. Então, a gente acabou brigando pelo fato de eu estar estressada. Só que, depois, tanto ele entendeu a minha parte, como eu entendi a parte dele. Mas não é a mesma coisa, sabe?” Júlia*

*“É difícil, porque você não pode dar atenção para as outras [filhas], eu não tenho só ela. Eu tenho minha família que eu deixei em casa. Então, você tem que deixar, abandonar uma parte para poder cuidar da que mais precisa de você, que no momento é ela.” Renata*

As mães percebem-se abandonando seus lares para dar atenção a uma parte delas mesmas que se encontra doente. Por outro lado, durante a hospitalização, os pais podem contribuir também com aquela mesma função enunciada por Winnicott. Já afirmamos que, no processo de hospitalização, a mãe sofre uma regressão a estados afetivos mais primitivos. Poderíamos comparar as suas atitudes para com sua criança enferma àquela desenvolvida na *preocupação materna primária*, como já discutimos em capítulo específico. Diferentemente do que acontece logo após o nascimento, essa experiência de se identificar com a criança, quando vivida em outras ocasiões, pode se configurar como uma experiência patológica. Nesse momento, é importante mais uma vez a presença paterna protegendo a mulher, para que ela se dedique ao seu filho, quando este muito necessita dela, mas retorne ao seu estado anterior, quando ele a libera.

Contudo, as mães não encontram amparo em seus maridos ou nos pais das crianças – não necessariamente seus cônjuges. Quando eles as visitam no hospital, demonstram-se preocupados com a criança, não percebendo a mãe também como doente. O mesmo acontece quando as mães precisam estar em suas casas para organizá-las e seus maridos exigem delas funções de esposa, as quais elas não se sentem em condições de cumprir. Estando também a mãe adoecida junto ao adoecimento do seu filho, da mesma maneira ela está requisitando

cuidados especiais. As mães estão, nessa experiência, em uma condição de fragilidade, procurando em seus maridos o apoio e o colo necessários a fim de que elas se redefinam em suas funções e se coloquem à disposição dos filhos doentes.

Considero importante a instituição poder ofertar maiores oportunidades para que os pais estejam presentes juntos de suas esposas, durante a internação delas e de seus filhos. Manter o vínculo pai-mãe-filho o menos destruído quanto possível poderia resultar em uma menor intrusão do ambiente nas suas personalidades, diminuindo sentimentos de abandono e desamparo com o fato de estarem hospitalizados, sem uma *mãe suficientemente boa* a fornecer-lhes o *holding* necessário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando me propus desenvolver este estudo e a investigar os sentimentos maternos envolvidos na experiência de acompanhar o filho hospitalizado, não poderia imaginar, fielmente, para onde esse objetivo me conduziria. Penso que assumir o papel de pesquisadora não significa apenas mergulhar nos sentidos atribuídos pelo outro para certa vivência sua, mas também mergulhar nos seus próprios sentidos, ao olhar o outro. Posso afirmar que eu, igualmente, me modifiquei e me reconstruí, durante a elaboração deste trabalho.

A primeira conclusão a apresentar é a de que o amor, na relação mãe e filho, é diariamente construído. Assim como destacamos, nesta investigação, que a maternidade nem sempre existiu envolta em significados de abnegação, dom divino ou dedicação exclusiva, da mesma maneira a íntima relação entre uma mãe e seu filho precisa ser conquistada e lapidada. Muitos são os eventos que atravessarão tal laço, e o adoecer e a hospitalização da criança são alguns deles.

Esse atravessamento, em uma relação que foi pensada para ser perfeita, faz com que as mães reavaliem suas funções. Esse ato de reflexão permite que descubram novas atribuições à maternidade, o que se coloca como positivo. Por outro lado, no entanto, também lhes mobiliza sentimentos de culpa e autopenalização, exigindo atributos onipotentes à função que desempenham.

Em fantasia, aquelas mães acreditam ser responsáveis pelo adoecimento de seus filhos e, muitas vezes, é ainda desse modo que a sociedade – representada pela equipe de saúde ou outros pacientes do hospital – olha para elas. Em reparação ao mal – inconscientemente – causado, desejam ocupar o lugar de seus filhos, estabelecendo uma relação de fusão com eles, de tal maneira que as dores daqueles se revertem em dores sentidas por elas mesmas. O sofrimento, a culpa e a angústia são marcantes, na experiência investigada.

Todos os sentimentos mobilizados influenciarão a relação estabelecida com a equipe médica e de Enfermagem. A ambivalência de sentimentos a ela dirigidos possibilita que as mães oscilem em seus comportamentos, diante da equipe. Ora a compreendem como importantes, acolhedores, ou seja, uma possibilidade de recuperação da vida, ora dirigem toda a agressividade despertada contra ela, vendo esses agentes como maus e invasores. As mesmas queixas trazidas com respeito à equipe encontram-se em suas compreensões sobre a dinâmica e o espaço hospitalar.

O processo de hospitalização provoca nas mães a perda de referências e identidades tidas até o instante da internação. Seus eus são aniquilados dentro da instituição e às mães resta, tão somente, a possibilidade de reagir ao que é vivenciado. Seus nomes, suas histórias, preferências e privacidades são perdidos e substituídos pelos apresentados pelo hospital. Para enfrentar o trauma que essas invasões provocam em suas vidas, aquelas mães precisaram ter a esperança de reencontrar o ambiente que fora perdido, reencontrar suas famílias, outros filhos, companheiros e, assim, dar continuidade ao sentido de existência que possuíam.

Ao nos atentarmos, neste estudo, para as mães colocadas ao lado de cada filho seu, dentro do hospital, chegamos à conclusão de como a imagem da figura materna representou uma constante busca naquelas experiências. As participantes desta pesquisa adentraram o hospital não somente para se colocarem dispostas a cumprir com a função materna para seus filhos, mas igualmente para encontrarem essa mesma função ofertada a elas.

As entrevistadas revelaram, a todo instante, estarem também na condição de *filhas*, acreditando que o hospital lhes poderia ser uma *mãe suficientemente boa*. Assim, esta pesquisa deixou como principal legado o reconhecimento da importância de as mães serem acolhidas e protegidas pela instituição. Esta, por sua vez, de forma geral, está muito atenta ao organismo da criança, aos seus aspectos físicos, sua saúde, não conseguindo voltar o seu olhar para aquela que acompanha a criança e se mantém ligada a ela, através de um cordão, não mais umbilical, como durante a gestação, mas de um cordão de afetos e identificações.

Essa compreensão nos permite pensar em práticas que tenham como princípio norteador a relação transferencial estabelecida pelas mães acompanhantes. Disponibilizar àquelas um espaço onde se sintam acolhidas e protegidas. Tal espaço de continência pode estar presente não somente nas práticas da Psicologia, bem como nas atitudes da Enfermagem ou da equipe médica, assim como na própria equipe administrativa do hospital, disposta a propiciar um acolhimento que não seja somente emocional, mas também físico, ou a considerar a importância de a mãe ser cuidada pela sua família ou companheiro, disponibilizando horários mais flexíveis para visitas.

No mesmo sentido, também os pais precisam se sentir acolhidos pelo hospital e reconhecidos como personagens desse trauma da hospitalização da criança, sofrendo, possivelmente, com a imposição de tal ruptura em suas vidas. Serem valorizados como importantes para a mãe e seu filho não implica que sejam pressionados a ser o *colo suficientemente bom* daqueles, de maneira a não se cometer o mesmo engano tido com o papel

materno, supervalorizando-o e estigmatizando-o, sem reconhecer as limitações de quem desempenha tais funções.

O *colo* que as mães necessitam encontrar, quando hospitalizadas, pode se originar de práticas disponibilizadas mediante projetos ou atividades direcionadas a elas. Precisariam, tal como afirmamos com relação aos pais, sentir que são importantes e valorizadas, ao mesmo tempo que reconhecidas em suas limitações, de maneira a retirarem da maternidade o significado de função desempenhada por seres perfeitos ou, mesmo, divindades, reproduzindo mitos desnecessários. Outra possibilidade seria trabalhar com a equipe para que possa compreender as demandas daquelas mulheres ou qual a busca que as motiva, busca esta que não está representada apenas na cura física. O restabelecimento da saúde orgânica é fundamental, além de ser a busca de primeira ordem, dentro do hospital. Mas, além disso, é primordial também que se reconheça aquelas mulheres como *filhas adoecidas* e, assim, o cuidado e o colo de que necessitam poderá ser, naturalmente, oferecido a elas, uma vez que todos os que estão presentes no hospital são frutos de um cuidado materno, portanto, podem se recordar do que eles mesmos precisavam, quando eram crianças, e ofertar os mesmos afetos.

Acredito que este estudo atravessou o objetivo de apresentar os sentimentos maternos na situação definida, ressaltando a importância que pode desempenhar, para a Enfermagem e a Medicina, ao se aproximarem e compreenderem o que mobiliza os sentimentos das mães de seus pacientes crianças. Este estudo revelou-se, portanto, como uma possibilidade de interação com outros saberes, destacando-se como uma contribuição multidisciplinar e permitindo que outras investigações o sucedam, pensando em práticas que caminhem além de uma simples teoria.

Por fim, quando aquelas mães encontram o *colo*, que tanto procuravam, podem oferecer o mesmo aos seus filhos e, no restabelecimento da saúde emocional de ambos, podem recriar seus mundos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; SALAS, E. J. *A Paternidade*. Trad. Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital. Instituição e História Social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BEZERRA JÚNIOR, B. Subjetividade moderna e o campo da Psicanálise. In: BIRMAN, J. (org). *Freud 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1989.

BLEGER, J. A Entrevista Psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: \_\_\_\_\_. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. Trad. Rita Maria M. de Moraes. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p.1-48.

CAMPOS, M. O. *Brincar no Hospital: um encontro possível*. 2005. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005.

CARLESSO, D. R. D. *Aspectos Psíquicos da Criança Internada em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica: estudo de caso*. Assis, 2005. 188f.: il. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Assis, 2005.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estud. Psicol.* (Natal). [online]. vol.9, nº1, p. 89-99, jan./abr. 2004,. Disponível no site [http://www.scielo.br/scielo.br.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X004000100011&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X004000100011&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 10 fev. 2005.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DATASUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 14 abr. 2007.

DONZELOT, J. A Conservação das Crianças. In: \_\_\_\_\_. *A Polícia das Famílias*. Trad, M. J. da Costa Albuquerque. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 15-49.

ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Trad. Cícero G. Fernandes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

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*. São Paulo, 1990. 205p. Tese (Doutorado em Psicologia ). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1990.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, S. A Dinâmica da Transferência (1912). In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XII, p.109-120.

\_\_\_\_\_. Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II) (1914). In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Vol. XII, p.191-203.

\_\_\_\_\_. Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XIV (1914-1916). p. 85-119.

\_\_\_\_\_. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XIV (1914-1916). p. 271-291.

\_\_\_\_\_. O ego e o id (1923). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIX (1923-1925). p. 13-83.

\_\_\_\_\_. O problema econômico do masoquismo (1924). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIX (1923-1925). p. 197-212.

\_\_\_\_\_. Sexualidade Feminina (1931). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XXI (1927-1931). p. 257-279.

\_\_\_\_\_. O Mal-Estar na Civilização (1930 [1929]). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XXI (1927-1931). p. 67-148.

\_\_\_\_\_. Conferência XXXIII. Feminilidade. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XXII (1933 [1932]). p. 139-165.

\_\_\_\_\_. A mente e seu funcionamento. (1938 [1940]). In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Vol. XXIII (1937-1939). p. 169-198.

GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. Trad. Raul Fiker. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

\_\_\_\_\_. *A Transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GUIRADO, S. M. M. *Preparo Psicológico Pré-operatório: o dito e o interdito*. Assis, 2000. 71p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2000.

HERRMANN, F. *Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

\_\_\_\_\_. *Andaimos do Real: o método da Psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

\_\_\_\_\_. *O Divã a Passeio: à procura da Psicanálise onde não parece estar*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

\_\_\_\_\_. Pesquisando com o Método Psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (org.). *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

KLEIN, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos (1935). In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.

\_\_\_\_\_. O desmame (1936). In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 330-345.

\_\_\_\_\_. Amor, culpa e reparação (1937). In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 346-386.

\_\_\_\_\_. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

\_\_\_\_\_. Sobre a teoria da ansiedade e da culpa (1948). In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 44-63.

\_\_\_\_\_. Sobre a identificação (1955). In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 169-204.

\_\_\_\_\_. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância (1959). In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 280-297.

\_\_\_\_\_. Os primeiros estádios do conflito edípico e da formação do superego. In: \_\_\_\_\_. *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1969. p. 173-202.

\_\_\_\_\_. Os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: \_\_\_\_\_. *Psicanálise da Criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1969. p. 259-311.

LANGER, M. Problemas psicológicos da lactância. In: \_\_\_\_\_. *Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Trad. Maria Nestrovsky Folberg. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1986. p. 223-236.

LEBOVICI, S. *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Trad. Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MARTINI, I. I. Em uma Enfermaria de Cardiologia Pediátrica. In: CARON, N. A. (org.) *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.233-248.

MATTIOLI, O. C. *No Reino da Ambigüidade*. São Paulo, 1988.153p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1988.

\_\_\_\_\_. Psicanálise e Pesquisa Científica. *Revista de Psicologia Perfil*, no. 13, UNESP-Assis, p. 15-30, 2000.

MENZIES, I. *O Funcionamento das Organizações como Sistemas Sociais de Defesa contra a Ansiedade*. Tavistok Intitute of Human Relations. 1970. Trad. Arakcy Martins Rodrigues. Mimeo.

MEZAN, R. A Querela das Interpretações. In: \_\_\_\_\_. *A Vingança da Esfinge*. Ensaios de Psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1988, p. 61-74.

MOURA, M. D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol. estud.*, Maringá, v.11, n. 2, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200011&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200011&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 abr 2007.

PARSEVAL, G. D. *A Parte do Pai*. Trad. Theresa Cristina Stummer. Porto Alegre: L&PM, 1986.

POSTER, M. *Teoria Crítica da Família*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

PROGRAMA FAMÍLIA PARTICIPANTE. Disponível em: [www.portalhumaniza.org.br](http://www.portalhumaniza.org.br) Acesso em: 13 mar. 2005.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Disponível em: [www.portalhumaniza.org.br](http://www.portalhumaniza.org.br). Acesso em: 02 abr. 2007.

PRUDENTE, G. Atividades destinadas a humanizar hospitais ganham adeptos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/foha/equilibrio/noticias/>. Acesso em: 02 abr 2007.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (org.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 99-124.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Variações sobre um antigo tema: a maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida. In: FERES-CARNEIRO, T. (org.). *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2005. p. 122-137.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Introdução. In: \_\_\_\_\_. *Mãe e Criança. Separação e Reencontro: observação em situação de grupo*. São Paulo: Edicon, 1986. p. 10-33.

SAFRA, G. Corpo e Sofrimento Psíquico. In: VI JORNADA DE PSICOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UDEL, 2006, Londrina-PR.

SILVA, M. E. L. (coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas-SP: Papyrus, 1993.

SILVA, M. E. L. ; HERRMANN, F. Uma Aventura: a tese psicanalítica. Entrevista com Fábio Herrmann. In: SILVA, M. E. L. (coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas-SP: Papyrus, 1993. p. 133-158.

SEGAL, H. *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 44, n. 1, 1998. Disponível em: [http://www.scielo.com.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000100007&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.com.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 set. 2007.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento emocional primitivo [1945]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 269-285.

\_\_\_\_\_. O Ódio na Contratransferência [1947]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 341-353.

\_\_\_\_\_. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais [1951]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 389-408.

\_\_\_\_\_. Psicose e Cuidados Maternos [1952]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 375-387.

\_\_\_\_\_. A posição depressiva no desenvolvimento emocional primitivo [1954]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p.437-458.

\_\_\_\_\_. Preocupação materna primária [1956]. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978. p. 491-498.

\_\_\_\_\_. Psicanálise do sentimento de culpa [1958]. In: \_\_\_\_\_. *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p.19-30.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar [1963]. In: \_\_\_\_\_. *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 70-78.

\_\_\_\_\_. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê [1960]. In: \_\_\_\_\_. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 21-28.

\_\_\_\_\_. *Tudo Começa em Casa*. Trad. Paulo Slander. São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Psicologia e Pedagogia).

\_\_\_\_\_. *A Criança e Seu Mundo*. Trad. Álvaro Cabral. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

WINNICOTT, C.; SHEPERD, R.; DAVIS, M. (orgs.). *Explorações Psicanalíticas*. D. W. Winnicott. Trad. José Octavio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WIRTH, A. F. Aplicação do Método de Observação de Bebês em uma UTI Neonatal. In: CARON, N. A. (org.) *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.207-231.

## APÊNDICE A

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

Projeto: “E à mãe, quem lhe dá colo? O papel de maternagem diante da hospitalização infantil.”

*Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação livre e de espontânea vontade neste estudo, cujo objetivo é compreender o sofrimento da mãe diante da hospitalização da sua criança pequena.*

Meu nome é Rafaela Tardivo Pazian, sou psicóloga e aluna do curso de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da UNESP, campus de Assis. Estou freqüentando a Santa Casa, para fazer uma pesquisa com as mães de crianças de até dois anos de idade. Com este estudo, quero ajudar as mães a enfrentar esse período de internação sem tanto sofrimento e dificuldades. Para isso, preciso saber **como cada mãe se sente** durante o tempo em que fica com seu filho, no hospital.

Todos os dias, em horários diferentes, estarei na Santa Casa, para observar a mãe junto do seu filho, no próprio quarto da criança. Também realizarei uma entrevista (ou mais) com a mãe, em um local da pediatria onde ela se sinta à vontade, para falar a respeito da internação da criança, fornecendo também alguns dados pessoais. Peço permissão para entrar no quarto e acompanhar a mãe e a criança, fazer algumas anotações e também para usar um gravador, durante as entrevistas. Tudo o que conversarmos será mantido em sigilo, respeitando sua privacidade e confidencialidade.

Você tem o direito de não querer participar do estudo ou de 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 a sua participação.

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

Em qualquer momento do estudo, você pode me encontrar na Universidade Estadual Paulista, na Av. Dom Antônio, 2100 – Parque Universitário – caixa postal 65 – CEP 19806-900 – Assis-SP - Fone: (18) 3302-5884. Minha orientadora, neste estudo, é a Dr<sup>a</sup> Olga Ceciliato Mattioli.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade Estadual Paulista, UNESP, campus de Assis. Av. Dom Antônio, 2100 – Parque Universitário. Fone: (18) 3302-5740 - 3302-5811.

Diante das informações que eu li ou foram lidas para mim, **aceito participar voluntariamente** deste estudo, contribuindo com as entrevistas 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

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gostaria que me contasse como foi a gestação do seu(sua) filho(a). Foi desejada?

Como foi o parto?

Como você imaginava que seria o seu bebê, quando ele ainda estava na sua barriga?

Depois do parto, nos primeiros cuidados do bebê, quais foram suas dificuldades?

O bebê que você tem é igual ao bebê que você imaginou que teria?

Como é sua relação com seu marido/companheiro? Como ele é enquanto pai?

Como é sua relação com sua família?

O que é ser mãe, para você?

Como foi que sua criança ficou doente? Como decidiram interná-la?

Você acha que a doença poderia ter sido evitada?

Como você se sentiu, quando soube que seu(sua) filho(a) seria internado(a)?

O que é ser mãe, aqui na Santa Casa? É diferente ser mãe aqui e na sua casa?

Como está se sentindo, nesses dias aqui?

Depois da internação, mudou alguma coisa na sua relação com o pai da criança e com seu(sua) filho(a)?

Como é sua relação com os médicos e enfermeiros aqui da Santa Casa?

Como é sua rotina/cotidiano, fora do hospital?

Se existe alguma dificuldade, onde você encontra ajuda ou apoio para essa experiência?

Você já passou também por alguma experiência de hospitalização?