UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CAROLINA CASTELLI DE PAULA

**Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e construção da
parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica.**

São Paulo

2015

CAROLINA CASTELLI DE PAULA

**Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e construção da
parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica.**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de
Souza

São Paulo

2015

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

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Paula, Carolina Castelli de.

Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica / Carolina Castelli de Paula; orientadora Audrey Setton Lopes de Souza. -- São Paulo, 2015. 120 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: **Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Dermatite atópica 2. Distúrbios psicossomáticos 3. Constituição psíquica 4. Fantasia 5. Parentalidade 6. Psicanálise I. Título.

RC49

PAULA, C.C. Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª. Dra.

Audrey S. L. Souza

Instituição:

IPUSP

Assinatura:

Profª. Dra.

Instituição:

Assinatura:

Profª. Dra.

Instituição:

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Audrey Setton Lopes de Souza, mestra que já admirava antes da elaboração desse trabalho e que, durante a orientação, compartilhou tanto o saber quanto coisas que vão além da vida acadêmica: disponibilizou sua sensibilidade, respeito e carinho.

Aos meus pais, por me apoiarem nos meus sonhos e me ajudarem a transformá-los em realidade. Por sempre me incentivarem e ampararem na busca e construção do conhecimento, cada um à sua maneira. Gratidão sem fim...

Às queridas amigas: Alê, Dri e Nats, pessoas especiais que me acompanham e dividem as alegrias e dores na minha caminhada pessoal e profissional.

À Cláudia, Cristina e Helena, que estiveram ao meu lado no exercício da transmissão do conhecimento. Obrigada por fazerem do trabalho um lugar prazeroso.

À Cristiane Folino, pelo acolhimento e sugestões, que me deram forças para poder pensar e concluir as minhas investigações sobre parentalidade e dermatite atópica.

Ao Daniel, pela participação e apoio durante a construção desse trabalho.

À Patrícia, pela capacidade de continência, escuta atenta e refinada promotora de transformações importantes ao longo desses anos.

Às colegas do grupo de orientação pelas contribuições nas discussões e os cafés que tanto nos acalentavam após cada orientação.

Às famílias que participaram dessa pesquisa.

À Carla Saukas, pela disponibilidade da leitura atenta e rigorosa na revisão bibliográfica.

“Mesmo quando tudo pede

Um pouco mais de calma

Até quando o corpo pede

Um pouco mais de alma

A vida não para...”

Lenine

Resumo

Paula, C. C. Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica. 2015. 120 f. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo USP, São Paulo, 2015.

A presente pesquisa avaliou as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica. Em alguns casos, desde cedo, os bebês denunciam, por meio de sintomas, possíveis entraves emocionais no vínculo com os pais. Esses obstáculos podem se traduzir em distúrbios psicofuncionais, que são considerados manifestações de ordem somática ou do comportamento da criança, sem causa orgânica, associados a um determinismo psicológico e, de modo geral, sinalizam dificuldades na interação pais/bebê. A dermatite atópica é um bom exemplo de doença psicossomática. Referências bibliográficas apontam que a dermatite atópica pode ter início em qualquer idade; contudo, é considerada uma doença característica da infância. Em relação ao surgimento da dermatite atópica, do ponto de vista biológico, estão associados: pele seca, hipersensibilidade, predisposição genética, reatividade vascular alterada entre outros fatores. Na perspectiva dos aspectos psicológicos, autores da psicanálise associam que as crianças que não tiveram as necessidades de estimulação tátil e cutânea devidamente fornecidas podem desenvolver uma tendência a regredir em seu desenvolvimento emocional com o desenvolvimento ou ressurgimento dos sintomas relacionados à pele. Neste contexto, o objetivo do estudo é investigar as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica. Utilizou-se um método de pesquisa qualitativa. A amostra foi composta por três famílias que tinham um bebê com dermatite atópica, com idade de um a vinte e quatro meses. Primeiramente, foi apresentado aos pais o termo de consentimento. Foi feita uma entrevista semiestruturada com os pais e uma observação psicanalítica com a família, finalizando com uma entrevista de devolutiva para os pais, num total de 3 encontros. Como resultado da pesquisa, percebe-se que, para as mães, o projeto consciente de ter um filho não fazia parte dos seus planos ou surgiu depois de um certo tempo. Observamos que todas elas apresentaram dificuldades em acolher os aspectos infantis de seus filhos, sendo que a subjetividade das crianças era pouco valorizada. Assim, conjecturamos que a dermatite atópica pode ser uma forma que os bebês encontraram para comunicar os entraves. Diferente dos projetos das esposas, dois dos participantes apontaram sobre as aspirações de se tornarem pais, fato que colaborou na vinculação com os filhos.

Palavra Chave: pele; constituição psíquica; fantasias; parentalidade.

Abstract

Paula, C. C. When the skin talks: investigation on the fantasies and parenting building in parents of children suffering from atopic dermatitis. 2015 120 f. Master's Thesis. Psychology Institute, São Paulo's University, USP, São Paulo, 2015.

The present research has assessed the fantasies and parenting building in parents of children suffering from atopic dermatitis. In some cases, since early ages, babies report, through symptoms, possible emotional barriers in their relationship with parents. These obstacles may be translated into psychofunctional disorders, which are considered to be the children's somatic or behavioral events, with no organic cause, associated to a psychological determinism and, in general, are signs of difficulties in the parents/baby relation. The atopic dermatitis is a good example of psychosomatic disease. Bibliographical references indicate atopic dermatitis may have been initiated in any age; nevertheless it is considered a disease typically from the childhood. Concerning the atopic dermatitis arising from the biological point of view are associated: dry skin, hypersensitivity, genetic predisposition, changed vascular reactivity among other factors. In the perspective of psychological aspects, psychoanalysis authors associate that children who did not have the need for tactile and cutaneous stimulation duly provided may develop a tendency to decline in its emotional development with the resurgence or development of the skin-related symptoms. In this context the study aims at investigating the fantasies and the parenting building in parents of children suffering from atopic dermatitis. A qualitative research method was used. The sample was composed by three families who have a baby suffering from atopic dermatitis, with age from one to twenty four months. A semistructured interview was held with the parents and a psychoanalytic observation with the family, ending in a feedback interview for the parents, encompassing a total of 3 meetings. As a result of the research, it is possible to see that for the mothers the conscious project of having a baby was not part of their plans or they have arisen after a certain time. We observed that all of them presented difficulties in hosting the childish aspects of their offspring, and, the subjectivity of the children was poorly valued. Thus, we conjecture the atopic dermatitis may be a way babies have found to report the barriers. Different from the wives' projects, the respective partners pointed out the aspirations to become fathers, fact that helped in the connection with their offspring.

Keywords: skin; psychic constitution; fantasies; parenting

Apresentação	11
1- Pele	
1.1- Aspectos fisiológicos.....	14
1.2- Aspectos Psicológicos.....	17
2- Primórdios da constituição psíquica e efeitos construtivos da função materna e paterna.....	23
3- Parentalidade	
3.1- A parentalidade e a história das configurações familiares.....	30
3.2- Tornar-se pai e mãe.....	32
3.3- A Parentalização dos pais.....	35
3.4- A parentalização no contexto da doença crônica.....	37
4- Objetivos	40
5- Método	
5.1- Tipo de pesquisa.....	41
5.2- Sujeitos.....	43
5.3- Instrumento de pesquisa.....	44
5.4- Procedimento.....	48
5.5- Metodologia da análise dos dados.....	49
6- Análise dos casos	
6.1- Caso Henrique.....	50
6.1.1- Entrevista com a mãe.....	51
6.1.2- Entrevista com o pai.....	54
6.1.3- Descrição da observação da família.....	56
6.1.4- Análise da observação da família.....	60
6.1.5- Síntese do caso.....	61
6.2- Caso Clara.....	62
6.2.1- Entrevista com a mãe.....	62

6.2.2- Descrição da observação da família.....	70
6.2.3- Análise da observação da família.....	74
6.2.4- Síntese do caso.....	75
6.3- Caso Guilherme.....	76
6.3.1- Entrevista com a mãe.....	76
6.3.2- Entrevista com o pai.....	85
6.3.3- Descrição da observação da família.....	90
6.3.4- Análise da observação da família.....	94
6.3.5- Síntese do caso.....	96
7- Discussão Geral.....	97
8- Considerações Finais.....	106
Referências	109
Anexos	
Anexos I.....	118
Anexos II.....	120

O meu interesse no tema discutido nesta dissertação se deve a minha experiência clínica com mães e bebês, que se iniciou no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário de São Paulo (CHSP), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Nessa instituição, as gestantes são admitidas após o parto e podem permanecer, em condições de abrigo com o bebê, até o sexto mês de vida deste. Nesse contexto, o trabalho do psicólogo é de fazer avaliação psicológica e prestar acompanhamento psicoterápico a essas mulheres, favorecendo o vínculo mãe e bebê e apoiando uma transição adequada a esse e também ao vínculo entre a criança e a família guardiã, evitando rupturas abruptas.

Nos atendimentos, chamava-me atenção a forma como as mães se relacionavam com seus filhos. Algumas tinham um contato muito próximo e mostravam dificuldades para se separar deles após o término do tempo concedido pela lei; outras, pelo contrário, pareciam ter dificuldade de vinculação, pois tinham medo de se apegar muito à criança e sofrer com entrega do filho aos guardiães, mas, em suas falas durante a sessão, eu notava um destaque das questões institucionais. Era comum surgirem temas como a convivência com outras pacientes, o tempo de pena a cumprir e a distância dos outros membros da família se sobrepondo às questões relativas à maternidade; assim, sob uma sobrecarga emocional, diminuía a disponibilidade das puérperas para o filho, que ficava à mercê de si mesmo, chegando mesmo a ser receptáculo desse entorno.

Essas percepções me levaram a pensar nos riscos para o desenvolvimento saudável do bebê. Para melhorar minha compreensão e minha atuação profissional, procurei aprofundar meus conhecimentos no Instituto Sedes Sapientiae num curso que trata da Relação Pais-Bebê: *Da observação à intervenção*. Com esse suporte e minha própria experiência profissional, pude perceber que, em alguns casos, desde cedo os bebês denunciam, por meio de sintomas, possíveis entraves emocionais no vínculo com os pais. Esses obstáculos podem se traduzir em distúrbios psicofuncionais, que são considerados manifestações de ordem principalmente somática ou do comportamento da criança, sem causa orgânica, associados a um determinismo psicológico, e, de modo geral, sinalizam dificuldades na interação pais/ bebê.

Houve uma época em que as dificuldades vivenciadas por uma mãe na relação com seu filho eram um tema que despertava pouco interesse dos psicólogos e psiquiatras. O bebê, por sua vez, era cuidado apenas pelo pediatra, já que no início da vida as

manifestações infantis são corporais e, na falta de palavras, o corpo se expressa. Hipóteses do que se passava mentalmente com esses bebês não eram construídas.

Inicialmente, o bebê faz o reconhecimento de seu mundo através do corpo, construindo a partir dele seu mundo interno e, posteriormente, a relação com o mundo e os objetos externos. Muito dessa construção ocorre pelo contato com o outro, que acontece, em primeiro lugar, pela pele- segundo os ensinamentos de Anzieu (1989), que será mais bem explorado adiante: a pele é uma superfície em que o mundo externo e interno imprimem seus conflitos.

A literatura que versa sobre a constituição psíquica do bebê tem-se apoiado no pressuposto da importância do vínculo pais e bebê para o desenvolvimento mental. A relação entre adoecimento infantil e aspectos afetivo-emocionais tem sido amplamente discutida nas últimas duas décadas, observando-se um aumento nas pesquisas que relacionam os distúrbios psicopatológicos e os vínculos iniciais.

Os estudos da psicopatologia do bebê relatam que os distúrbios psicofuncionais podem ser compreendidos como indicadores de problemas de ordem somática e do comportamento da criança, revelando a importância da relação mãe e bebê para o desenvolvimento da saúde mental da criança.

Dentre os sintomas psicossomáticos frequentemente encontrados, chamou minha atenção a dermatite atópica. A pergunta que se impunha sob a ótica da psicanálise é: o que a pele estaria comunicando através desses sintomas?

Visto que a pele constitui uma das primeiras áreas de intensa troca entre o bebê e aqueles que dela se ocupam, surge a questão da qual nos ocuparemos nessa pesquisa: seria o sintoma de dermatite atópica uma manifestação de falhas nas relações objetais iniciais?

Partiremos da premissa que nas fases iniciais do desenvolvimento as trocas pais e bebê se dão predominantemente a nível pré-verbal e que os distúrbios psicossomáticos na infância podem trazer marcas de questões relacionais entre o bebê e o seu meio.

Para a elaboração desta dissertação, após a fase preparatória de identificação do problema e definição do objetivo, foi realizada a revisão bibliográfica dos campos de estudos relacionados. A presente pesquisa contará com dois campos de trabalho: um campo teórico, a partir do qual procurar-se-á acessar as diferentes teorizações sobre o assunto e um campo empírico que incluirá a realização de entrevista semiestruturada e observações psicanalíticas da relação pais-bebê.

Considero conveniente realizar alguns apontamentos a respeito dos procedimentos metodológicos, isto é, sobre a relação que foi sendo estabelecida entre os dois trabalhos, o teórico e o empírico.

O primeiro trabalho realizado foi o teórico. Após a delimitação do campo de interesse, iniciei a pesquisa bibliográfica e, com os conhecimentos parciais sobre o tema, iniciei a coleta dos dados e a observação.

Durante a revisão conceitual, foi observada a importância das primeiras interações corporais e sensoriais estabelecidas entre a mãe e o bebê e a necessidade quase constante de um tipo de contato concreto com o corpo da mãe. Então, passei a me questionar como estas experiências influenciavam na constituição psíquica do bebê.

Para algumas crianças, os sintomas de dermatite atópica iniciam-se precocemente, com alguns meses de idade, provocando inflamação na pele, coceira, infecções. Em alguns casos, os sintomas são tratados com medicamentos, mas os fatores psicológicos também possuem um destaque significativo. A literatura aponta que há uma associação entre níveis agudo e crônicos de estresse com a supressão da resposta imunológica.

Trabalhos recentes sobre psiconeurodermatologia indicam que há comunicação entre aspectos psicológicos e o sistema imune, sendo essa proposta um modelo promissor para o entendimento da dermatite atópica.

Para dar conta de investigar se existe uma relação entre o sintoma e a construção parentalidade, esse trabalho percorrerá os seguintes caminhos: o primeiro capítulo, contará com uma breve revisão dos aspectos médicos e psicológicos associados à dermatite atópica. O segundo explorará a importância dos pais para a constituição do psiquismo do bebê, e para tal recorreremos a autores da psicanálise que se dedicaram profundamente ao assunto. O terceiro capítulo tratará sobre a parentalidade sobre se dá o desejo de ter filhos e as relações que os pais estabelecem com o bebê ao longo do desenvolvimento da criança.

1- Pele:

1.1-Aspectos fisiológicos

A pele é uma membrana de revestimento do corpo, o tegumento, do latim *tegumentum*, que significa cobertura, envoltório. É formada por três camadas: a epiderme, a derme e a hipoderme e possui anexos, que são as glândulas sudoríparas e sebáceas, os pelos e as unhas, representando 15% do peso corporal. Suas principais funções são: proteção, pois constitui uma barreira contra a ação de agentes externos e internos, impedindo a perda excessiva de água ou de outras substâncias do meio; termo-regulação, pois controla a temperatura do corpo; percepção, por ser um importante órgão sensorial, que detecta calor, frio, dor, pressão e tato; secreção, que, realizada através da sudorese e da secreção sebácea, é importante para manter a rigidez e também possui propriedades antifúngicas e antibactericidas (ANZIEU, 1989).

Para o autor referenciado, de todos os órgãos dos sentidos a pele é o mais vital: pode-se viver cego, surdo, sem paladar e/ou olfato, porém, sem a integridade da maior parte da pele, não se sobrevive.

A pele possui a função simbólica de proteção, sendo uma superfície que recobre os órgãos internos, além de ser um contato com o exterior, representando processos e reações psíquicas em geral. Dessa forma, pode-se pensar nela como uma enorme superfície de projeção. Ela age, ainda, como o limite dentro e fora; eu e o outro, eu e o mundo, atuando como um sistema de abrigo da individualidade. “Ao mesmo tempo que protege, é a fachada que expõe” (STRAUSS, 1989, p.1221).

Como foi visto nos parágrafos anteriores, a pele é um órgão importante e complexo e pode ser acometida por vários tipos de patologias, uma das quais é a dermatite atópica. O termo “dermatite atópica” foi introduzido em 1933 por Hill e Sulzberger em reconhecimento às manifestações cutâneas associadas aos pacientes asmáticos. A dermatite atópica (DA) ou eczema atópico é uma doença de caráter crônico e recidivante (GRUMACH, 2001). Tal patologia é definida como uma doença do sistema imunológico que se configura como um processo inflamatório da pele, considerado secundário à alteração do funcionamento imunológico. É uma dermatose inflamatória, apresenta prurido (coceira), tem curso imprevisível e é observada mais frequentemente entre pacientes com histórico pessoal ou familiar de doenças atópicas. As doenças atópicas são

compreendidas como uma séria predisposição hereditária do sistema imune a privilegiar reações de hipersensibilidade mediada por IgE em resposta a antígenos comuns na alimentação e no ambiente intra e extradomiciliar, conceito este que situa a dermatite atópica como uma das manifestações da tríade atópica (dermatite atópica, asma e rinite alérgica). (FERREIRA; MULLER; JORGE, 2006).

Segundo Arruda (2008), a DA é um importante problema de saúde pública no mundo, com prevalência de 10% a 20% em crianças, e 1% a 3% em adultos. A dermatite atópica pode ter início em qualquer idade; entretanto, é considerada uma doença característica da infância. O mais comum é manifestar-se do segundo ao terceiro mês de vida. Para grande parte dos autores, 75% de todos os casos começam nos primeiros seis meses de idade, afetando principalmente face, couro cabeludo e pescoço (GRUMACH, op.cit.). O autor destaca que a incidência de dermatite atópica vem aumentando de forma significativa, principalmente em áreas urbanas. Estudos de Ferreira e cols. (op.cit.) revelam que inúmeros fatores podem estar contribuindo para esse aumento, tais como a exposição precoce a alérgenos e irritantes ambientais, maior ingestão de aditivos alimentares e menor tempo de aleitamento materno, aliados a uma maior percepção do quadro clínico por parte dos médicos.

Fatores extrínsecos e intrínsecos estão associados ao surgimento da dermatite atópica. O aparecimento de suas manifestações depende da inter-relação de muitos fatores constitucionais precipitantes, de forma que é preferível considerá-la como herança de pele seca, facilmente irritável e hipersensibilidade. Outros aspectos como predisposição genética, irritabilidade aumentada da pele, vários alérgenos, reatividade vascular alterada, produção de suor aumentada, poluição climática e ambiental e a coceira oriunda deste quadro também são responsáveis pelas lesões. (BUSK- KIRSCHBAUM, A.; GEIBEN, A. e HELLHAMMER, D., 2001; PÉREZ, G. L.; MACIEL, B. M.; BÁEZ, L. M. e GARZÓN, L. E., 1997; VALDA, L.; OROZ, J. e CASTILHO, P., 2002; VASQUEZ, L. A. S. e CEDILLO, C. A. M., 1999; WONG, O. W. T., HERRERA, C. e EXEBIO, C., 1997).

Quando pesquisado o quadro clínico, observa-se que o sintoma mais importante é o prurido, facilmente observado em crianças mais velhas. Em lactentes, pode ser traduzido em sintomas de inquietação, dificuldade de dormir e irritabilidade (GRUMACH, op.cit.).

Além da coceira (ou prurido), que está sempre presente, a Dermatite Atópica caracteriza-se pelo aparecimento de lesões na pele.

Na infância, as lesões de pele são mais avermelhadas, [eritematosas, exsudativas e frontozigamáticas] e localizam-se na face, tronco e superfícies externas dos membros. Nas crianças maiores e adultos, as lesões localizam-se mais nas dobras do corpo como pescoço, dobras do cotovelo e atrás dos joelhos, e são mais secas, escuras e espessadas. Em casos mais graves, a Dermatite Atópica pode afetar boa parte do corpo. (ASSOCIAÇÃO DE APOIO À DERMATITE ATÓPICA (AADA), 2011).

Segundo Arruda (2008), o aparecimento clínico de DA pode variar de formas leves a formas graves. Embora o prurido possa acontecer ao longo do dia, é mais intenso no final da tarde e à noite. A sensação de prurido resulta no ato de coçar, na escarificação, liquenificação e formação de pápulas. Pacientes com DA têm um limiar mais baixo para o prurido. Exposição a alérgenos, umidade reduzida, suor excessivo e substâncias irritantes podem exacerbar prurido e escarnificação.

Ainda segundo o autor supracitado, o tratamento da dermatite atópica é baseado na diminuição do processo inflamatório, na eliminação dos fatores desencadeantes alérgicos ou irritantes e no oferecimento de conforto aos pacientes. Para a Associação de Apoio à Dermatite Atópica (AADA) (2013), muitos remédios auxiliam no controle da DA. As pomadas ou cremes de cortisona (cortisonatópica) são muito eficazes no controle do eczema. Contudo, devem ser indicados e utilizados corretamente, a fim de se evitar efeitos colaterais a longo prazo, que incluem, por exemplo, a atrofia (ou afinamento) da pele e as estrias. É muito importante orientar o paciente e sua família sobre a cronicidade do processo, sobre suas características e seus desencadeantes, além de sobre os cuidados para minimizar a xerose da pele, procurando restaurar a barreira cutânea e com isso reduzir o prurido. O tratamento medicamentoso inclui a lubrificação (hidratação) da pele e o uso de medicamentos para controlar o prurido e a inflamação (anti-histamínicos, corticosteroides tópicos e imunomoduladores tópicos não corticosteroides).

Valda, Oroz e Castillo (2001) postulam que, primeiramente, deve-se eliminar ou reduzir os fatores desencadeantes através de medidas gerais, com a possibilidade de utilizar terapêutica tópica ou sistêmica (uso de antialérgicos) no caso de aparecimento de lesões e complicações. A terapêutica tópica inclui cuidados com a pele, tais como sua lubrificação.

A evolução e prognóstico do quadro estão associados à sua severidade e duração. Aproximadamente 60% dos casos têm início durante o primeiro ano de vida e evoluem com exacerbações e remissões. Os fatores que estão relacionados a um prognóstico menos favorável são: início precoce, forma infantil severa, alergias respiratórias, história

familiar atópica e sexo feminino (FERREIRA e cols., 2006). A porcentagem de melhora varia, de forma que cerca de 40% a 60% dos pacientes melhoram depois de 10 a 20 anos de padecimento do quadro.

1.2 - Aspectos psicológicos

Nos parágrafos anteriores fizemos uma breve revisão dos aspectos médicos, mas os fatores psicológicos possuem um papel importante nas doenças alérgicas e na imunologia. Assim, buscaremos explorar a influência dos aspectos emocionais na etiologia da dermatite atópica.

Poucos são os fatores psicológicos considerados pela literatura. Entre os aspectos psicológicos a serem considerados no tratamento, são apontados uma boa relação médico- paciente- pais e a prevenção de situações que provoquem ansiedade, vergonha, raiva, ressentimento e/ou fadiga excessiva.

Buske-Kirschbaun e cols. (2001) e Gil e Sampson (1989), afirmam que existe um consenso nos casos de DA entre os fatores imunológicos e psicológicos que são estruturantes na patogênese e devem ser respeitados durante o tratamento. Entretanto, não se sabe exatamente como e por quais mecanismos os estressores psicossociais ou traços de personalidade podem ser capazes de afetar a doença. Atualmente, o papel dos fatores psicológicos sobre a patogênese da DA, como estressores e perfil de personalidade tem sido foco da pesquisa psicodermatológica.

A qualidade de vida dos pacientes com DA e de suas respectivas famílias é altamente afetada pela doença, principalmente a dos portadores de DA diagnosticada como moderada e grave. O prurido intenso causa alteração do sono; observa-se dificuldade de iniciá-lo e frequentes interrupções noturnas do mesmo. Consequentemente, tem-se menor quantidade total de horas dormidas e irritabilidade durante o dia. O estresse psicológico, juntamente com outros fatores como infecções, pode facilmente agravar a DA. (ARRUDA, 2008).

Em seu artigo “Dinâmica das relações em famílias com membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo”, Ferreira e cols. (2006) referiram que a dermatite atópica é uma doença alérgica de pele. Nessa afecção se reconhece a presença de fatores psicológicos no curso deste quadro, especialmente do estresse e da ansiedade,

que agem sobre o funcionamento do sistema imune. Esta influência dos aspectos emocionais caracterizam a dermatite atópica como um quadro psicossomático.

Os instrumentos de investigação utilizados pelos pesquisadores referidos anteriormente foram uma entrevista semi-estruturada, as vivências de três famílias em relação à dermatite atópica e elementos da dinâmica familiar com um membro portador deste quadro, a saber, um dos filhos. Algumas das conclusões apontadas no artigo foram: que a dermatite atópica trouxe prejuízos psicológicos e sociais importantes. A dinâmica familiar influencia e é influenciada pela frequência e intensidade dos sintomas e pelo acréscimo de estresses. Além disso, a DA interfere nas comunicações familiares e no relacionamento entre os membros.

Muitos autores que estudam a pele e o desenvolvimento infantil situam a dermatite atópica como uma patologia psicossomática (DEBRAY, R., 1998; KREISLER, L., 1999; NEVES, S., 2003; PINTO, 2004; HOFFMANN; FERREIRA, V.; MULLER, M.; JORGE, H., 2005)

Ao referirmos a infância, a somatização é uma importante via de comunicação, pois a criança ainda não alcançou a capacidade total de comunicação verbal, podendo expressar-se (inconscientemente) através do corpo, o que, para a psicanálise, é simbólico, uma vez que isso se torna um meio de comunicação com o mundo externo para demonstrar a presença de questões inconscientes não elaboradas. Sendo assim, a pele pode ser considerada como um canal de comunicação pré-verbal, em que sentimentos não expressos podem ser experienciados e observados (PINES, 1980).

A psicossomática é uma área de estudo que visa relacionar aspectos biológicos e psicológicos nos processos de saúde e doença (FERREIRA e cols., op.cit.).

A integração entre mente e corpo está presente na cultura oriental desde os primórdios da história. Na Índia, há cerca de cinco mil anos, a psicologia já era uma prática comum dentro da medicina. Já para a cultura ocidental, o conceito de integração é considerado algo novo. Esta concepção, por vezes, é vista como dissociada e fragmentada, porém, depois de uma longa caminhada de evoluções e descobertas, pode-se dizer que está surgindo, no contexto ocidental, uma nova concepção de ser humano, pautada num indivíduo mais unitário e integral, para o qual a psicologia, com suas informações, tem muito a contribuir (AZAMBUJA, 2000).

A expressão “psicossomática” foi utilizada pela primeira vez em 1808 pelo psiquiatra alemão Heinroth, quando este realizou estudos sobre a insônia. Um pouco mais tarde, em 1932, ele introduziu o termo “somato-psíquico”, a fim de tratar sobre a

influência de fatores orgânicos que afetam os estados emocionais. A nomenclatura e as definições sobre a psicossomática foram se alterando ao longo do tempo. O conceito atual de “psicossomática,” de acordo com Lipowski (1984), busca conceituar uma visão de integralidade do homem, ou seja, sua totalidade. Assim, considera o complexo mente-corpo em interação com o contexto social. Trata sobre a não separação e a interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade.

Estudiosos da psicanálise postulam que há um modelo de funcionamento que engloba corpo e mente, sendo que a realidade interna (psíquica), de alguma forma, contribui para a realidade externa (física). Nesta perspectiva, a mente se utiliza do corpo para comunicar algo. Trata-se de uma perspectiva que considera o sintoma como um representante simbólico de um conflito psíquico que pode manifestar-se externamente como um sintoma físico (FERREIRA e cols., op.cit).

Em algumas situações, emoções não resolvidas podem ser representadas por doenças. A psicanálise destaca que o sintoma é um representante simbólico de desejos e emoções que não encontram outras formas de expressão direta e que resultam em formações substitutivas que aparecem como sintomas. A função do sintoma é conciliar forças mutuamente contraditórias, pois atende ao ego, mas também não deixa de responder ao id. Se o sintoma causa desprazer e sofrimento por um lado, consegue a satisfação pulsional por outro (FREUD, 1996/ 1891). O sintoma pode ser traduzido como manifestação simbólica, uma forma de expressão do que permaneceu escondido.

A hipótese levantada pelos autores que estudam a dermatite atópica é que as crianças que não tiveram as necessidades de estimulação tátil e cutânea devidamente satisfeitas podem desenvolver uma tendência a regredir em seu desenvolvimento emocional com o desenvolvimento ou o ressurgimento dos sintomas físicos relacionados à pele.

Kreisler (1999) descreve um caso de eczema infantil no qual a figura materna apresenta episódios depressivos e não corresponde às necessidades psíquicas do bebê. O autor afirma que muitas patologias psicossomáticas precoces apresentam-se como resultado de um conflito entre uma mãe entretida em suas capacidades maternas e um bebê vulnerável devido ao fato de suas qualidades reativas serem ou excessivas ou insuficientes.

Neves (2003) ressalta a importância da pele e da sua estimulação nas fases iniciais da vida e acaba nos remetendo ao tipo de relação inicial estabelecida com a mãe. Se a

criança for privada de ou receber pouca estimulação tátil, pode-se ter como consequência inibições graves no relacionamento.

Desta forma, a pele proporciona um canal de comunicação pré-verbal, em que sentimentos não expressos podem ser vivenciados e observados. Algum problema nesta forma de comunicação pode resultar em frustrações das necessidades infantis, podendo não apenas resultar em uma dermatite infantil, como também promover fixação, neste ponto, no contínuo desenvolvimento emocional (PINES, 1980).

Para Anzieu (1989), a pele possui algumas funções psíquicas e um modo de correspondência com a parte orgânica que são muito importantes para a constituição do psiquismo:

- Sustentação: a primeira função da pele é a de sustentação do esqueleto e dos músculos. No sentido psíquico, esta função é desenvolvida inicialmente pela mãe. Segurando o bebê, a mãe lhe proporciona um eixo vertical e favorece que este possa ir encontrando seus apoios internos. Patologias ligadas à falha nessa função evidenciam angústias de vazio e de sensação de falta de apoio e suporte.

- Continente: é uma superfície que envolve e delimita o corpo, assim como o ego pode ser o continente das sensações e impulsos vividos. A função “continente” da pele e do ego se desenvolve a partir dos cuidados e estimulações realizados pela mãe e das trocas contínuas que esta estabelece com o bebê.

- Proteção: a pele, como dito anteriormente, funciona como superfície protetora. Cabe à mãe a função de para-excitação, ou seja, regular a quantidade de estímulos que o bebê pode tolerar. Esta função será gradualmente transferida para a criança.

- Individuação: a pele funciona como elemento portador de características individuais tais como cor, cheiro e textura, mas também separa o exterior do interior. Ela também é considerada como envelope do corpo, assim como este é o envelope psíquico. Através da experiência com o próprio corpo e com a mãe, a criança desenvolve seu psiquismo.

- Sensualidade: também se coloca como função da pele, pois é uma superfície de contato e fonte de sensações e percepções. Através da estimulação tátil, vão se desenvolvendo as zonas erógenas na criança. Quando a alimentação e os cuidados feitos pela mãe são acompanhados de agradáveis contatos pele a pele, está aberto o caminho para o desenvolvimento do auto-erotismo e para que os prazeres relacionados ao tocar sirvam de pano de fundo para o prazer sexual.

- Comunicação: é uma função importante, pois transmite experiência de aconchego e proteção quando o contato com o corpo da mãe é adequado e caloroso, mas também pode transmitir sensações ruins se o oposto acontecer.

Todas as funções anteriores estão relacionadas à pulsão de vida. Entretanto, Anzieu (*ibid.*) se pergunta se não haveria uma função negativa do eu-pele, visando a autodestruição da pele e do Eu.

- Autodestrutividade: Também se faz presente como função psíquica da pele. Aspectos da auto-agressividade e destruição são pontos importantes ao se estudar as dermatites.

Dessa forma, observamos que a pele é, de acordo com este autor, “representante” do eu enquanto ele ainda não se formou e que a percepção da pele como superfície é alcançada pela criança por meio das experiências de contato de seu corpo com o corpo da mãe.

Didier Anzieu teve como fonte de inspiração para o seu trabalho autores como Melanie Klein, Wilfred Bion, Donald Winnicott e Esther Bick, que serviram como elã para a confecção da sua obra. Anzieu é autor do conceito de “eu-pele”, formulado entre 1985 e 1989, por meio do qual se postula que a pele é o envelope do corpo, sendo que este envolve o psiquismo. É através das experiências do próprio corpo e com a mãe que a criança desenvolve seu psiquismo denominado eu-pele. O termo “eu-pele” é usado pelo autor para assinalar a resposta para a necessidade de um envelope narcísico que possibilite ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base. Ele cumpre com duas funções: a de estabelecer barreiras (que podem ser compreendidas como mecanismos de defesa) e a de selecionar trocas entre o id, o superego e o mundo externo.

O autor afirma que, no começo da vida, a mãe oferece a seu bebê envelopes que são capazes de proteger o psiquismo do filho contra as invasões de excesso, tanto do meio externo quanto do mundo interno, pela transformação e restituição de suas sensações, imagens e afetos, os quais se tornam, então, representáveis.

Nas palavras de Anzieu (op.cit, p.199):

O círculo materno é assim chamado porque ele “circula” o bebê com um envelope externo feito de mensagens e que se ajusta com certa flexibilidade, deixando espaço disponível ao envelope interno, à superfície do corpo do bebê, lugar e instrumento de emissão de mensagens: ser um Eu é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros.

O eu-pele é uma representação que serve ao eu da criança em fases precoces de seu desenvolvimento para representar a si mesma como um eu que contém conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência com a superfície do corpo.

A ausência ou o estabelecimento insuficiente da função continente do eu-pele acarretaria dois tipos de angústia. A primeira está ligada a excitação pulsional permanente, esparsa, não localizável e identificável, além de não tranquilizante que produz uma topografia psíquica constituída por um núcleo sem casca; o indivíduo procura uma casca substituta na dor física ou na angústia, e, assim, ele se envolve no sofrimento. Já no segundo caso, o envelope existe, mas a sua continuidade estaria interrompida por buracos. É o eu-pele escorredor; os pensamentos, as lembranças são dificilmente conservadas, elas fogem. A angústia é passível de um interior que se esvazia, particularmente, da agressividade necessária a toda afirmação de si. Esses buracos psíquicos podem se sustentar sobre os poros da pele.

Assim, observamos a partir do estudo da literatura sobre o tema, que a pele é uma forma de comunicação importante tanto para exercer e comunicar aspectos físicos como psíquicos. De modo geral, os autores estudados apontam que cabe aos pais, no início da vida, ajudar no cuidado e estimulação do maior órgão do corpo humano, tanto em suas funções psíquicas como físicas.

No próximo capítulo veremos como os pais podem contribuir na constituição psíquica da criança.

2- Primórdios da constituição psíquica e efeitos construtivos da função materna e paterna

A importância da relação com a mãe nos momentos iniciais do desenvolvimento tem sido destacada por muitos autores de orientação psicanalítica.

Segundo René Spitz (1992), o recém-nascido é um organismo psicologicamente indiferenciado, nascido com um equipamento congênito e certas tendências. Assim, para crescer e se desenvolver, o bebê precisa de um contato afetivo com a figura constante, que pode ser sua mãe ou um cuidador substituto competente.

Nesses termos, do ponto de vista psicológico e também orgânico, parte dos aparelhos sensorio, perceptivo e de discriminação sensorial ainda não está desenvolvida, sendo a atitude emocional da mãe o orientador dos afetos do bebê e responsável por conferir significado e qualidade de vida às suas experiências. Desse modo, Spitz (*ibid.*) denominou “clima emocional favorável” à existência de afeto na relação mãe-bebê, destacando a importância deste para o surgimento da consciência da criança e, principalmente, para seu desenvolvimento biopsicoafetivo.

Spitz (*ibid.*) foi o primeiro psicanalista a se dedicar ao estudo dos distúrbios somáticos do bebê, pensando a partir das alterações das relações objetais, com uma importante contribuição à psicossomática infantil. Uma das doenças que o autor focalizou foi a dermatite atópica, na qual, eventualmente, ocorrem dificuldades na interação inicial entre mãe e bebê, sobretudo se ela for anterior ao desenvolvimento da fala. O modelo teórico proposto pelo autor sobre o desenvolvimento afetivo da criança na etapa pré-verbal e seu estudo sobre o impacto das relações primitivas entre o bebê e as pessoas de seu meio serviu como referência para a compreensão do distúrbio psicossomático em etapas iniciais da vida.

No que se refere à relação do bebê com a figura materna, o pediatra e psicanalista Donald Winnicott é um dos principais expoentes. Para Winnicott (1956), cada ser humano traz um potencial inato para amadurecer, porém, essa tendência inata não garante o amadurecimento. Este processo dependerá de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Para o autor, no início do desenvolvimento do bebê, o ambiente é representado pela mãe. No começo da vida o bebê só existe graças aos cuidados maternos, e, sendo assim, mãe e filho são considerados uma única unidade.

Ao tratar do desenvolvimento emocional, o autor propõe três processos psíquicos que se dão muito cedo na vida do bebê. O primeiro deles é a *integração*, que acontece

logo após o parto: alguém proporciona à criança a sensação de segurança; oferece-lhe cuidados de higiene e carinho ao chamá-la pelo nome, promovendo, assim, integração da personalidade. O segundo processo é denominado *personalização*, que está associado ao sentimento do bebê ocupar seu próprio corpo. O terceiro processo é a *realização* e trata-se de uma tomada de consciência da criança, que passa a ter uma noção primitiva do tempo, do espaço e de outros aspectos da realidade (WINNICOTT, 1954/2000).

Winnicott (1930/1983) mergulhou nos estudos sobre o lugar que os cuidados maternos ocupam no desenvolvimento emocional do bebê. Ele endossa Spitz e outros importantes autores psicanalíticos tais como Freud e Melanie Klein na proposição de que a criança nasce desamparada, dependendo, assim, do ambiente para desenvolver seu potencial herdado que engloba o crescimento e o desenvolvimento da personalidade.

Para que o crescimento e o desenvolvimento do infante aconteça, algumas condições são necessárias. Uma delas está associada a uma doença normal que a mulher desenvolve ao longo da gestação, principalmente nos últimos meses, chamada por Winnicott (1956) de “preocupação materna primária”. Essa doença é compreendida pela capacidade da mãe de desenvolver um estado de sensibilidade aumentada, o que lhe possibilita se sentir no lugar do filho na fase mais primitiva da vida. O autor postula que essa identificação é possível devido ao fato de a mãe um dia já ter sido um bebê e por isso ter lembranças e recordações de alguém que cuidou dela. A vulnerabilidade da mulher que se encontra nesse estado é quase tão intensa quanto a do próprio bebê que vivencia um estado de desamparo. Como já apontamos anteriormente, o bebê nasce em um estado de dependência absoluta. Essa situação suscita na mãe uma identificação com o bebê, pois, de outra maneira, não seria possível nem a ela nem a qualquer outra pessoa dedicar-se a cuidar da criança de forma tão intensa, oferecendo aquilo de que ela precisa no começo da vida. Devido aos cuidados oferecidos há o surgimento de um diálogo não verbal entre mãe e bebê.

O autor adverte que algumas mães não conseguem desenvolver a capacidade de identificação e doação como foi citada acima ou podem fazê-lo com um filho e não com o outro. Tais mães não conseguem se preocupar com o bebê tão intensamente a ponto de captar suas necessidades. Dessa forma, o diálogo não verbal fica prejudicado, trazendo consequências para o desenvolvimento emocional da criança.

À medida em que é possível desenvolver a comunicação descrita anteriormente, os cuidados maternos vão além da identificação e satisfação das necessidades fisiológicas do bebê. Cabe à mãe ou ao cuidador oferecer uma espécie de provisão ambiental total,

que inclui o segurar físico e a elaboração de experiências inerentes à existência do bebê, aparentemente apenas fisiológicas, mas que fazem parte do desenvolvimento emocional da criança. Este relacionamento mãe e bebê é muito intenso e as qualidades maternas vão sendo reconhecidas através do toque, do contato pele a pele e pela forma como a mãe cuida do seu bebê. Winnicott (1960/1990) cunhou esses cuidados como *holding*. O termo *holding* tem um significado amplo, abarcando a ideia de tornar seguro, de firmar, de amparar, de impedir que caia, de garantir apoio. Dessa forma, à medida em que a criança cresce, o conceito inicial do segurar fisicamente o corpo do bebê cresce também, até englobar a função de todo o grupo familiar, em sua designação de entorno da criança (ARAGÃO, 2010).

Outra função materna descrita por Winnicott foi o *handling* (manuseio) que acontece no cuidado com o bebê. A mãe toca, pega o bebê no colo, massageia o corpo do filho, promovendo a personalização e proporcionando que a psique se aloje no corpo. Assim, o corpo materno é a principal fonte de provisão das informações ambientais e funciona como um organizador do mundo interno do bebê pela sua presença física e pelo seu comportamento interativo. Constrói-se uma comunicação mãe e filho e o bebê tende a alcançar o processo de maturação.

A partir daí, o bebê inicia o habitar o próprio corpo e sua pele passa a ser uma membrana que limita o eu e o não eu, o interno e o externo. Quando há fracassos nos cuidados parentais, observa-se falha na integração básica do eu (ou *self*), a qual pode se manifestar em níveis somáticos e na consequente fragilidade da experiência de realidade (WINNICOTT, 1956).

No entanto, quando o ambiente – inicialmente a mãe - em que a pessoa nasce é suficientemente bom e se adapta às necessidades do lactente, possibilita o surgimento do ego que, no processo evolutivo, representa a saída da condição de dependência absoluta rumo à individuação (*id.*, 1955-6).

Winnicott aponta que as bases das relações objetais (forma como a mãe e o bebê estabelecem as primeiras relações) são construídas na primeira infância e associadas à maneira como a mãe apresenta o seio, mamadeira ou qualquer outro objeto ao bebê. A mãe suficientemente boa oferece ao bebê um estado propício à alucinação, que se dá através da sensibilidade refinada e traduzida nos cuidados. A mãe apresenta o objeto ao filho e o faz de tal forma que oferece à criança a experiência de criar o que já estava ali, mas na verdade o que o bebê cria é parte da mãe que foi encontrada. Esse conceito diz respeito a um paradoxo fundamental da teoria winnicottiana: a inserção do bebê no mundo

só é possível porque a mãe encontra-se naquele estado especial que lhe dá condições de estar presente no momento e no lugar certos (ARAGÃO, op. cit.). A repetição consistente das situações descritas acima faz com que o bebê acredite que ele criou o seio, e essa capacidade significa que a mãe possibilitou a seu filho uma ilusão. Essa experiência propicia à criança a vivência da onipotência. A mãe colabora com o filho para ele ter a sensação de ilusão de que o mundo é criado a partir da sua necessidade e imaginação (WINNICOTT, 1982).

Partindo dessa perspectiva, o desenvolvimento emocional do ser humano é um processo complexo e contínuo, em que a mãe é a responsável por “apresentar o mundo em pequenas doses” ao filho. (*id. ibid.*, p. 77). Assim, ela auxilia o bebê a alcançar seu potencial.

A capacidade de identificação materna às necessidades do bebê no início da vida também foi estudada pelo psicanalista Wilfred Bion (1979). O autor nomeou essa habilidade materna de “*rêverie*”, que diz respeito a capacidade de contenção e transformação do psiquismo da mãe. O processo é entendido como uma condição semelhante ao sonho, pelo qual a mãe passa e que a habilita a captar e metabolizar o que está se passando com seu bebê, não tanto pelos sentidos, mas principalmente pela sua intuição. Diz respeito a um estado de mente receptivo por parte da mãe, que é capaz de acolher os estados mentais do bebê, transmitidos a ela por meio dos mecanismos de identificação projetiva. A habilidade materna descrita anteriormente conta com uma identificação inicial com seu filho. Sendo assim, a mãe empresta seu aparelho para pensar pensamentos, isto é, seu aparelho para tornar pensáveis pela criança seus primeiros pensamentos impensáveis por ela sozinha.

A partir da introjeção desta mãe receptiva e compreensiva, a criança será capaz de desenvolver a capacidade de refletir sobre seus próprios estados mentais. Trata-se de uma mãe que se permite ser habitada pelo bebê e, em sua continência e *rêverie*, pode nomear, dar forma, significar, tranquilizar, digerir, transformar a experiência sentida como catastrófica pelo bebê. Tal capacidade implica que esta mãe tenha um espaço interno para acomodar a dor e as angústias (Souza, 2012).

A seguir, discorreremos detalhadamente sobre esse processo, que pode ser caracterizado em quatro tempos. O primeiro é aquele no qual a mãe recebe as tensões do bebê; no segundo tempo, a mãe guardará por um período suficiente aquilo que lhe foi endereçado, experiência que permite ao bebê vivenciar que ele pode ser recebido por um outro, que ele pode tocar sem destruir. A etapa seguinte é marcada pela transformação,

dentro do aparelho psíquico da mãe, desta tensão do bebê que ela recebeu e guardou. Essa é a capacidade de metabolizar. Bion chamou-a de função alfa. O último tempo é caracterizado pela restituição à criança do que foi transformado pela progenitora, transmitido por meio de gestos, palavras e outras formas de comunicação.

Gradativamente, o bebê passará a fazer ele mesmo esse papel de metabolizar os elementos não pensáveis de seu psiquismo, ao internalizar essa capacidade materna de receber, guardar e transformar, processo que é constituinte, segundo Bion, do aparelho de pensar da criança.

Souza (*ibid.*) discorre que de acordo com os ensinamentos de Ogden (1996) o bebê desenvolve sua capacidade de vivenciar seus próprios sentimentos e pensamentos por meio de uma experiência com a mãe, em que esta se empresta psiquicamente, experimentando os pensamentos impensáveis e os sentimentos intoleráveis projetados nela pelo bebê. Esta mãe sensível ao processo é evocada para tornar-se psicologicamente disponível, para ser usada desta forma.

Outra autora que se debruçou sobre as funções maternas nos primórdios da constituição psíquica foi Esther Bick, psicanalista inglesa, discípula de Melanie Klein e Bion. Partindo das observações de bebês, Bick conjecturou que, no início da vida, a criança experimenta uma falta de fronteiras ou demarcação que limite a sua personalidade das demais partes do corpo. A autora postula em seu trabalho que “ (...) na forma mais primitiva, as partes da personalidade são vivenciadas como não tendo nenhuma força de ligação entre si e necessitam, portanto, serem mantidas unidas de forma passiva, pela pele que serve como limite” (BICK, 2002 a, p. 55).

Desta forma, a autora afirma que, inicialmente, há um estado de não integração que é considerado natural da infância. Ele se dá antes da mãe ser capaz de exercer suas capacidades maternas, de reconhecer as experiências sensoriais do recém-nascido em seus próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos e, assim, emprestar suporte para o desenvolvimento do bebê em direção à integração destas experiências.

A função materna seria responsável pela formação de um equivalente psíquico da pele, capaz de manter as partes do *self* unidas, evitando a experiência de desintegração. Porém, “ (...) esta função interna de conter as partes do self depende, inicialmente, da introjeção de um objeto externo, sentido como capaz de cumprir essa função” (*id. ibid.*, p. 55).

Ainda segundo a autora supracitada, tal introjeção se constrói durante a mamada, através da experiência dupla que o bebê faz, simultaneamente, do mamilo materno

contido na boca e de sua própria pele contida pela pele da mãe que segura o bebê. O objeto continente é vivido concretamente como uma pele.

Mitrani (2001) aponta que o objeto continente ao qual Bick se refere pode ser pensado como um objeto indiferenciado constituído por experiências de introjeções contínuas entre uma mãe, capaz de oferecer *holding* físico, uma continência mental e a superfície do corpo do bebê como um órgão sensorial.

Quando há a manutenção das experiências com o objeto externo “continente”, o bebê, no caso de um desenvolvimento comum, introjeta esta função de objeto e passa a manter-se integrado pelos seus próprios recursos, isto é, por sua própria função de pele. Decorrerá, desse momento, uma pele psíquica que promoverá um espaço interno que servirá de base para o desenvolvimento psíquico. Essa passagem permite que o estado de não integração inicial seja substituído por um estado de integração no qual é possível o surgimento de fantasias de espaços internos e externos. Assim, o surgimento do perímetro desta delimitação promove o início de um senso de si que possibilitará uma diferenciação entre o que é self e o que é objeto.

Quando há algum tipo de bloqueio nos cuidados oferecidos ao bebê, a função de continência e o desenvolvimento da pele psíquica ficam prejudicados. Isso pode levar à formação de uma “segunda pele”. A criança cria uma falsa independência da mãe ou do cuidador, o que acontece pelo uso inapropriado de certas funções mentais e tem como objetivo criar um substituto para a função de pele continente (BICK, 1968).

No texto “*The experience of the skin in early object relations*” (1968), Bick descreve a observação de um bebê – Alice – que, no lugar de uma pele continente, formou uma segunda pele muscular. A autora atribui essa formação da segunda pele a alguns fatores: uma mudança de casa (nos primeiros meses de vida da criança a família teve que se mudar para uma residência que ainda não estava completamente pronta); dificuldades da mãe em oferecer o *holding* (a mãe alimentava a criança enquanto assistia televisão, ou à noite, no escuro, sem segurá-la nos braços), além do fato de a criança ter sido estimulada a alcançar uma pseudo-independência precoce para sua idade. O resultado foi uma menina hiperativa e agressiva, que a mãe chamava de “boxeadora” devido ao seu hábito de esmurrar o rosto das pessoas. Assim, podemos ver o que a autora conceitua como segunda pele.

Os diferentes autores relacionados neste trabalho destacam a importância da função materna e paterna no processo de constituição do sujeito. Enfatizam que um ambiente marcado por frequentes falhas nessas funções proporciona a experiência de

situações adversas, expondo a criança às angústias decorrentes do desamparo. Essa situação pode se manifestar por meio de diferentes transtornos: sono/ alimentação, somáticos (dermatites, asma, distúrbios digestivos) ... A expressão “somática” ocupa um lugar privilegiado na psicopatologia do bebê (KREISLER, 1978).

Desta forma, é possível que o espaço de construção do psiquismo e de subjetivação do bebê seja construído a partir da trama relacional inconsciente que se estabelece na interação das figuras materna e paterna.

Embora a importância da relação mãe- bebê esteja presente nos ensinamentos de Freud sobre as neuroses em adultos e em crianças, recentemente iniciaram-se estudos sobre a participação da figura paterna desde a concepção do filho. A questão ligada à paternidade teria continuado a ser evitada se não fossem as contribuições fundamentais que vieram depois do pai da psicanálise. De acordo com os ensinamentos de Winnicott (1982), o pai se apresenta como uma figura importante. Nessa fase em que o filho está mais conectado ao universo materno, cabe à figura paterna ajudar a mãe a sentir-se bem com seu corpo e com a nova condição que a maternidade lhe impõe. Outra contribuição significativa do progenitor é dar apoio moral, ser um esteio para a esposa, alguém que sustente a lei e a ordem.

A importância e a constância das figuras materna e paterna são de extrema relevância para o desenvolvimento saudável do bebê. Estudos apontam que as consequências da carência paterna são tão graves quanto as da materna. Um bom vínculo com a mãe facilita a futura vinculação com o pai e, por sua vez, a relação com ele pode oferecer uma experiência de correção de uma má ligação inicial com a mãe.

Por conseguinte, consideramos que todos os autores aqui mencionados evidenciam os aspectos relacionais com as primeiras figuras de contato nos primórdios da constituição psíquica. Dessa forma, podemos concluir que as funções maternas e paternas são de extrema relevância para a construção do psiquismo e subjetivação do bebê.

Ainda percorrendo sobre a importância do pai e da mãe, no próximo capítulo abordaremos o processo de “tornar-se pais” e os desdobramentos que a nova identidade traz.

3- Parentalidade

3.1- A parentalidade e a história das configurações familiares:

As questões associadas ao parentesco despertam o interesse em várias áreas do conhecimento tais como a antropologia, a filosofia e a sociologia. Entretanto, é no campo da psicologia e da psicanálise que encontramos desdobramentos específicos sobre o assunto (ZORING, 2012). A parentalidade é uma área do conhecimento que estuda os vínculos de parentesco e os processos psicológicos que se desenvolvem a partir daí (SOLIS- PONTON, 2004). Para Zoring (2004) tais processos estão associados às mudanças subjetivas produzidas nos pais a partir do desejo de ter um filho.

Ao realizar uma breve retrospectiva histórica sobre o desejo de ter filhos e as configurações familiares, nota-se a evolução desse tema ao longo dos séculos. Lévy-Strauss pontuava que a família era uma representação da sociedade moderna (apud. BAYLE, F. e MARTINET, S., 2008). Entretanto, Roudinesco (2002) discorda e afirma que a família existiu em todos os tipos de sociedade.

Na Idade Média, a criança era considerada um adulto imperfeito e colaborava com as atividades laborais. As famílias eram constituídas por grupos numerosos que tinham como objetivo a sobrevivência, a transmissão da herança e a perpetuação da espécie. O indivíduo só existia na expressão grupal, a individualidade não era considerada (BAYLE e MARTINET, 2008).

A partir do século XVIII, com o discurso iluminista e a importância do romantismo, as escolhas individuais ganharam destaque. Dessa forma, o amor entre os casais e entre pais e filhos passou a ser construído com base no afeto e não mais por arranjos externos que priorizavam os aspectos econômicos (ZORING, op.cit.).

Próximo ao término do século XVIII a percepção do amor e a preocupação com o desenvolvimento individual e com a educação dos filhos passaram a crescer. O lugar da criança na família e a preocupação com o seu bem estar caminharam até chegar à famosa expressão cunhada por Sigmund Freud: “sua majestade o bebê”, designando o lugar privilegiado da criança na sociedade ocidental contemporânea (SOLIS- PONTON, op.cit.).

Roudinesco (2003) contribui com os estudos citados anteriormente e avança nessa temática, discutindo sobre as diversas mudanças ocorridas ao longo da história ocidental.

A psicanalista identifica três grandes períodos na evolução da família. A família considerada tradicional era submetida à autoridade patriarcal, sendo que o maior objetivo era a transmissão do patrimônio. Entre os séculos XVIII e XX, a autora pontua o surgimento da família moderna, pautada no amor romântico e na reciprocidade afetiva. O filho era visto como responsabilidade dos pais e do Estado. O terceiro período é definido como família “pós- moderna” e surge a partir da década de sessenta. Ele é caracterizado pela relação entre dois indivíduos que buscam relações íntimas ou realização sexual.

A autora citada anteriormente ressalta que, apesar de notarmos as alterações importantes na formação familiar, a família contemporânea mantém a segurança para seus membros e constitui-se como um espaço fundamental para trocas afetivas e transmissão simbólica.

Julien (2000) assinala que a modernidade introduz uma ruptura entre o público e o privado e entre a conjugalidade e a parentalidade. A organização familiar não depende apenas da parentalidade, mas sim do desejo do casal em estabelecer relações íntimas. Nessas circunstâncias, as relações estabelecidas pelo casal são cultivadas no espaço privado e dependem somente do desejo de cada um dos cônjuges. Entretanto, quando o casal ou um dos pares decide ter um filho, o espaço público invade o privado da conjugalidade, definindo, assim, as relações de parentesco e as responsabilidades dos pais em relação aos filhos.

Julien (*ibid.*) e Roudinesco (op.cit.) assinalam que a relação da consanguinidade ou de aliança não é suficiente para o exercício da parentalidade e que a modernidade produz ruptura entre conjugalidade e parentalidade. Esta última deixa de ser o principal objetivo da estrutura familiar, mas ao mesmo tempo coloca questões fundamentais para a nossa discussão: afinal, o que sustenta o desejo de um homem e de uma mulher no processo de transição à parentalidade? E como se constrói para este pai e esta mãe o processo de se tornarem não só um casal, mas pais de cada um dos filhos?

A intenção do presente capítulo é pensar sobre os elementos mais importantes da construção da parentalidade a partir do conceito psicanalítico que questiona a noção de família ideal e busca compreender o processo de tornar-se pai e mãe. Essa transição percorre uma longa caminhada que começa muito antes do nascimento do filho. A transformação tem início na infância de cada um dos pais e ao longo da história individual de cada um, da constituição do casal e do processo, específico para cada filho, de parentalizar a criança. O nascimento de um filho produz mudança irreversível no

psiquismo parental, podendo até colaborar com a elaboração de questões mal resolvidas da própria infância, assim como recrudesce questões mal resolvidas.

3.2-Tornar-se pai e mãe:

Mirian Szejer (2002) aponta que a pré-história da criança começa com a história individual do futuro pai e mãe, sendo que o desejo de ter um filho atualiza as fantasias da própria infância e do tipo de cuidado parental que cada um recebeu.

O início da parentalidade se dá muito antes da gestação e nascimento da criança. Stern (1997) pontua que as representações do futuro filho têm início nas brincadeiras de boneca ou nas fantasias das adolescentes. Assim, as identificações acontecidas na infância e adolescência podem contribuir de maneira significativa em como cada um dos pais exercerá a parentalidade.

Autores psicanalíticos como Freud, Melanie Klein e Winnicott postulam de forma incisiva como a infância permanece no psiquismo do adulto. Os textos freudianos que versam sobre o complexo de Édipo e o narcisismo oferecem contribuições preciosas sobre o processo de constituição da subjetividade. Em 1914 Freud aponta que o amor parental pode ser considerado um retorno e reprodução do narcisismo primário dos pais que oferecem ao filho um lugar privilegiado. Dessa forma, através da valorização afetiva da criança, os progenitores resgatam o próprio narcisismo infantil. Como pontuamos anteriormente, o autor valoriza o lugar que a criança ocupa no psiquismo parental, principalmente através da função “reparadora”. Portanto, a ideia de ter um filho movimenta questões do narcisismo de cada um dos pais, assim como as lembranças e fantasias sobre a relação com os próprios pais (relações objetais).

O trabalho desenvolvido pela clínica sobre os primórdios do desenvolvimento infantil propõe a confirmação entre os fantasmas parentais e os sintomas apresentados pelo bebê. Lebovici (1987) postula que os conflitos infantis dos pais estão ligados às identificações da criança e aos sintomas apresentados pelo bebê. Desse modo, a ideia de ter um filho começa antes do nascimento da criança. Ela se dá a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil dos pais, dos conflitos inconscientes, da relação com os próprios pais que dão cor à sua própria representação da parentalidade.

Bernard Golse (2002) afirma que há quatro tipos de representação parental sobre o bebê: a criança fantasmática, relacionada à criança que os pais, separadamente, têm em mente a partir de sua própria história; a criança imaginária, como uma representação

menos inconsciente que pertence ao casal (como traços imaginados, sexo etc); a criança narcísica, associada à representação de seus ideais, de como o filho irá sucedê-lo; a criança mítica ou cultural, que se refere a um grupo de representações coletivas de um determinado momento. Lebovici (1987) complementa as ideias de Golse e propõe mais um tipo, o bebê real, que, como o próprio nome diz, é representado na sua corporeidade real. Para Solis- Ponton (2004), a criança encontra seu lugar na família a partir do confronto do bebê imaginário com o bebê real e a adaptação dos pais às necessidades do recém-nascido.

As categorias citadas, de certa maneira, direcionam a forma de interação entre o bebê e seus cuidadores, podendo contribuir ou dificultar a formação de vínculos afetivos. De acordo com a afirmação de Lebovici (op.cit.) “o bebê faz seus pais”. Com efeito, a criança constrói e parentaliza os pais ao mesmo tempo em que ela mesma se constrói. Não podemos deixar de mencionar que os afetos ambivalentes marcam a relação entre os pais e o bebê. Afinal, o nascimento de um bebê tanto pode trazer expectativas de que o filho possa reparar falhas na história parental, como também pode provocar uma ruptura no equilíbrio do casal, proporcionando que os fantasmas edípicos sejam reativados. Desta maneira, pode ser comum que o pai se sinta excluído na relação da mãe com o bebê e encare o filho como um rival, reatualizando sentimentos da própria infância de ser excluído da relação dos pais. Também pode acontecer da mãe se sentir pouco apropriada no exercício da maternidade por não conseguir se desligar de um modelo idealizado.

Stern (1992, 1997, 2005) realizou vários trabalhos sobre a constelação da maternidade e as relações interpessoais na primeira infância. Os resultados obtidos indicam como as ideias dos pais sobre o bebê e sobre eles mesmos como pais representam um papel importante na natureza dos vínculos construídos entre pais e filhos, sendo que estes têm início antes das interações atuais com o bebê. As fantasias parentais podem ser representadas por: medos, sonhos, lembranças da própria infância e profecias sobre o futuro bebê.

Freud (1924/1976) pontua que o lugar designado para o filho está atrelado a um complicado processo de resolução edípica, que acontece de forma diferente para o homem e para a mulher. Não faz parte do objetivo do presente capítulo retomar toda a argumentação freudiana referente à resolução de tal conflito, mas realizaremos uma breve retrospectiva de como ela se dá para a mulher e para o homem.

Para o autor, a mulher alcança a feminilidade através da renúncia da posição fálica e de uma aceitação da castração materna que possibilitaria o acesso ao pai e ao desejo de

ter o pênis do pai ou algo que o representasse. Sendo assim, o desejo de ter um filho seria um deslizamento do desejo de ter um pênis e o bebê ocuparia um lugar semelhante ao falo. Então, a maternidade seria a solução aos impasses da feminilidade e da resolução edípica. Freud (1931/ 1979), nos textos sobre sexualidade feminina, se questiona sobre feminilidade, destacando a importância da relação pré-edípica entre a menina e sua mãe para a constituição da posição feminina.

São de fundamental importância os encontros e desencontros entre mãe e filha no permanente trabalho de “tornar-se mulher”. Vale ressaltar que não se trata apenas da relação dual entre mãe e filha, mas da relação entre mulheres, à qual a mãe está também submetida por sua condição feminina. Para toda mulher sempre haverá três mulheres – ela mesma, sua mãe e a mãe de sua mãe. Essa relação de linhagem será palco para a menina construir o caminho da sua sexualidade. Ao longo do desenvolvimento da sexualidade feminina, a menina se identificará, cada vez mais, com sua mãe, se a mãe estabelece uma boa relação com sua própria sexualidade, não demonstrando ciúmes ou inveja da filha e nem competição. Ficará assim autorizada uma aproximação da menina com os aspectos da personalidade materna, que, por sua vez, um dia se aproximou dos aspectos da personalidade de sua própria mãe. Essa sobreposição de aspectos subjetivos, em maiores ou menores intensidades, conduzirão a menina para o desejo pela maternidade no futuro (DOLTO, 1980; WINNICOTT, 1990; GIBEAULT, 1998; MONTRELAY, 1998; ZALCBERG, 2003).

O lugar ocupado pelo homem na paternidade também começa a partir das identificações edípicas ao modelo paterno, mas que apontam para a reativação de uma relação primordial com a mãe. Os desarranjos somáticos vivenciados por alguns homens durante a gravidez de suas companheiras seriam exemplos do conflito entre o próprio desejo de engravidar e a identificação com seu pai. Freud (1924/1976) em “A dissolução do complexo de Édipo” aponta como a ameaça de castração impulsiona o menino a uma resolução dos conflitos edípicos através da identificação com o pai e do acesso à posição masculina. A fim de manter a virilidade, a criança abre mão do desejo de ser amada pelo pai e do desejo de ter a mãe, identificando-se com as características paternas e a possibilidade de ser como o pai no futuro, ao invés de ocupar o seu lugar.

Nessa ótica, se a maternidade pode ser uma solução para a castração devido ao estado ilusório de completude narcísica, o papel paterno age pelo viés da sustentação da relação mãe e bebê e especialmente pela lógica da separação. Tal afastamento protege a

criança ao reconhecer sua singularidade e possibilita à mãe reconhecer-se como mulher com outros projetos além do filho. O papel materno e paterno possibilita sustentar a dupla inserção do bebê- enquanto produto e enquanto alteridade – sendo exatamente a tensão entre ausência dentro e fora, que possibilita à criança alcançar o processo de subjetividade.

3.3 – A Parentalização dos pais:

A formação de laços afetivos entre pais e filhos colabora com o desenvolvimento afetivo e cognitivo. Além disso, oferece aos pais a oportunidade de sentirem-se “pais suficientemente bons” para aquele bebê (ZORING, 2012).

Autores como Golse (2006) e Stern (2005) destacam a perspectiva simbólica do acesso à parentalidade, indicando que o nascimento de um filho modifica o psiquismo de cada um dos pais. Stern (1997) aponta, ainda, que a chegada de um filho promove uma neoformação psíquica nos pais, assinalando que a inclusão de um bebê no psiquismo parental produz mudanças profundas e irreversíveis.

Tais alterações não acontecem apenas através das projeções e representações parentais sobre o bebê, mas se dão, também, pela presença real da criança e nas interações que acontecem entre pais e bebê.

Golse e Bydlowski (2002) discorrem sobre a maternidade promover uma dialética entre o bebê interno e o bebê enquanto objeto externo; ou seja, entre o bebê que a mãe foi ou acredita ter sido e seu filho que acabou de nascer. Essa transição demonstra o trabalho psíquico realizado pela mãe, que tem início logo depois que a mulher descobre a gestação, fato que promove a reativação do seu passado para o gradual reconhecimento do bebê enquanto alteridade, tendo uma dimensão subjetiva que vai além das representações parentais.

Bydlowski (2002) destaca que, nas primeiras semanas da gravidez, acontece um rompimento no equilíbrio da energia psíquica da mulher. Consequentemente, a mulher estabelece sem dificuldades uma correlação da gestação atual com as lembranças do seu passado. Habitualmente, a vida interior (conteúdos psíquicos) fica abrigada da erupção intempestiva do passado, graças à ação da repressão. Durante a gravidez acontece a diminuição das resistências. Sendo assim, as forças psíquicas entram em crise e perdem sua função protetora quando se espera um bebê. O mundo interior ganha mais espaço, e reminiscências antigas e fantasmas esquecidos emergem com força à memória, sem serem

barrados pela censura. A autora citada acima cunhou este processo de “transparência psíquica”.

A gravidez inaugura a experiência de um reencontro íntimo da mãe consigo mesma. Dessa forma, a mulher fica mais ensimesmada. Há desinvestimento das atividades externas e um maior investimento no bebê, processo este que nem sempre coincide com a chegada dele. É comum algumas mães tentarem reter as fantasias do filho sonhado apresentando, assim, dificuldade em olharem para o seu bebê real. Esse assunto que aborda os processos psíquicos originários é importante, pois a sua reativação coloca a mulher em face do funcionamento psíquico de seu filho.

Até agora destacamos como se dão as transformações maternas. Entretanto, a função e o lugar ocupado pelo pai também serão descritos.

O pai realiza uma mediação entre mãe e bebê, auxiliando a mãe a reconhecer o bebê como um sujeito distinto, já que para o pai, o filho é considerado alguém separado desde o início. Quando os pais conseguem perceber que o filho tem características próprias, e não é um reservatório passivo dos cuidados parentais, suas respostas podem modelar o tipo de cuidado que é oferecido, propiciando novas formas de interação que vão além da história individual de cada um dos pais (ZORING, 2012).

Apoiando a teoria descrita acima, a clínica da relação pais/bebê afirma uma dupla dimensão: se por um lado os fantasmas parentais podem influenciar no aparecimento de sintomas psicossomáticos no bebê (DEBRAY, 1999; LOBOVICI, 1987), as competências e capacidades interativas dos bebês reparam e modificam as fantasias dos pais, colaborando no processo de “parentificação” (HOUZEL, 2004).

No início da vida, o bebê estabelece a relação com o mundo através da musicalidade da voz materna, do toque e dos cuidados que ela lhe oferece. Isto é, antes de compreender o significado das palavras e da narrativa, a criança se relaciona e entra em sintonia afetiva com aqueles que dela se ocupam através da comunicação não verbal, que é baseada na forma, na musicalidade e no ritmo da comunicação. Assim sendo, a linguagem começa através de trocas não verbais entre mãe e bebê, o que possibilita à mãe delinear, no corpo, o início desta relação. A intensidade da ação e do gesto é vivida pela criança como uma linguagem analógica, à qual ela responde com seu corpo. Dessa maneira, o corpo é compreendido por corpo relacional, que afeta e é afetado pelo outro (ZORING, op.cit.). Graças à satisfação das necessidades corporais da criança, a mãe se tornará seu primeiro objeto de amor (SOLIS-PONTON, 2004).

O conceito que anunciamos no final do parágrafo anterior está relacionado à mutualidade nas trocas entre pais e bebê, que propicia ao infante iniciar o processo de subjetivação e oferece aos pais a possibilidade de se apropriarem de seu lugar de pais.

3.4-A parentalização no contexto da doença crônica:

Em geral, a doença crônica tem impacto negativo no funcionamento familiar e na relação pais e filhos. Os pais levam certo tempo para aceitar e enfrentar o diagnóstico. Os planos dos progenitores têm que ser reconsiderados e eles têm que aprender a conviver com as limitações impostas pelas condições da criança. Desta maneira, a notícia pode ser considerada um processo de luto pela perda do filho saudável e isso terá impacto na formação do vínculo (CASTRO E THOMAS, 2012).

De acordo com os estudos de Irvin, Kennel e Klaus (1992), há cinco estágios de reações emocionais dos pais a partir da descoberta do diagnóstico da doença crônica e anormalidades. O primeiro estágio é o choque, quando recebem a notícia. O segundo é marcado pela descrença ou negação, momento em que os pais não aceitam a realidade da situação vivenciada. A etapa seguinte diz respeito ao sentimento de tristeza e ansiedade, que são vivenciados de forma intensa. O quarto estágio está associado ao equilíbrio da ansiedade, quando as reações emocionais vão diminuindo progressivamente. Por fim, o último é o estágio da reorganização, quando os pais conseguem lidar com as questões associadas à doença. Todavia, é importante mencionar que nem todos os pais passam por todos os estágios, assim como podem apresentar reações diferentes em cada uma das fases.

O estudo das doenças crônicas e sua relação com o funcionamento familiar tem progredido na última década. No geral, os resultados apontam que a doença crônica pode gerar conflitos familiares entre os membros, o que atrapalha o comprometimento dos pais com o cuidado e a adesão ao tratamento médico da criança. Os pais podem se comportar de maneira diferenciada com os filhos doentes, mudando a qualidade da relação. Considerando os cuidados parentais dispensados à criança no começo da vida, os estudos clínicos com famílias de crianças doentes crônicas têm indicado, além de níveis altos de estresse entre seus membros, desorganização do casamento acompanhada de transtornos emocionais frequentes, divórcio e diversos indícios de psicopatologia tanto nos pais como na criança. Entre as implicações psicopatológicas descritas encontramos a depressão e a

tensão na relação do casal, além de sintomas psicóticos e psicossomáticos nos progenitores (CURIEL, 2000).

A fim de lidar com o estresse provocado pela doença, os pais recorrem a uma série de diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com o filho doente. A experiência de ser pai e mãe de crianças com doenças crônicas foi o tema da revisão de Coffey (2006) e Tong Lowe, Sainsbury e Craig (2008). De acordo com Coffey (op.cit.), a preocupação faz parte da vida dos pais de crianças doentes. Os cuidadores devem permanecer em um estado de constante vigilância nos aspectos relacionados à doença. A preocupação em manter uma vida familiar normal e a preocupação com os outros filhos também foi descrito por eles. O estudo mostrou que a experiência da parentalidade provocava fortes emoções nos pais que tinham como objetivo proteger a criança do sofrimento. Junto a esses sentimentos também aparecia o desejo de se retirarem da situação. No final, a revisão bibliográfica dos diferentes artigos apontava a falta de liberdade dos pais, que se referem aos cuidados intensos e diários necessários para a criança. Diversos pais fizeram a opção de não deixar os filhos doentes com outras pessoas. Frente a isso, estavam o tempo todo ao lado da criança, deixando todas as outras atividades de lado. A revisão de Tong e cols. (*ibid.*), além disso, apontou que os progenitores sentiam: culpa, raiva, incerteza e tristeza pela doença do filho.

Para ser pai e mãe o casal não precisa necessariamente viver uma relação conjugal. No entanto, para os casais que se mantêm unidos e têm uma criança doente, é preciso cuidar de alguns aspectos, pois pode haver um descompasso entre os cônjuges no tempo necessário para aceitar a doença do filho. Tal fato pode provocar a falta de entendimento do casal, causando, assim, uma separação emocional transitória (CASTRO e THOMAS, 2012). Viana, Barbosa e Guimarães (2007) observaram que a intimidade e a vida social dos casais foram profundamente afetadas pela presença de doenças crônicas nos filhos. A diminuição do companheirismo e da vida sexual foi atribuída à responsabilidade dos cuidados com a criança. Sendo assim, é frequente que as questões relacionadas à relação do casal, aos filhos saudáveis e à vida social sejam deixadas de lado em alguns momentos pelos pais, devido à carga que a doença da criança gera. Ademais, o sofrimento provocado pelo diagnóstico, adicionado muitas vezes ao sentimento de culpa, faz com que os pais se sintam tristes e sem saberem como lidar com a situação.

Retomando as questões que foram suscitadas, contempla-se que a complexidade e a multiplicidade de sentimentos sobre o diagnóstico de uma doença crônica em um dos

filhos gera nos pais uma série de sentimentos que podem dificultar o processo de parentalização. Sendo assim, é importante explorar esse tema.

4-Objetivos

Investigar o processo de parentalização e as fantasias que permeiam o vínculo pais e bebê com dermatite atópica.

5.1-Tipo de pesquisa

O paradigma epistemológico que norteará a dissertação é o da pesquisa qualitativa, escolha justificada pelos objetivos e referenciais teóricos psicanalíticos que fundamentaram o presente trabalho.

A psicanálise é um método que procura investigar os processos mentais e a vida psíquica por meio de suas principais técnicas, que são, em síntese, a associação livre ou o livre encadeamento de ideias, a atenção flutuante, ou a captação do material apresentado, permitindo uma interação sem crítica ou intenção predeterminada, mas dinâmica e aberta ao novo, compondo a relação analista-analisando como fonte criativa.

Além da relação teoria e prática, a Psicanálise também mantém estrita a relação entre técnica e ética, no sentido de que a ética dá sentido à técnica. Isto porque a relação de igualdade, respeito e busca da verdade está na base da configuração do enquadre psicanalítico (ETCHEGOYEN, 2002).

Ninguém vai pretender que o analista não tenha falhas, debilidades, hipocrisias ou dissociações, mas sim que possa aceitá-las, em seu foro íntimo, por consideração ao método, à verdade e ao paciente. É que o analista tem como instrumento de trabalho seu próprio inconsciente [...]”(id.ibid., p.23)

Sendo assim, a análise torna-se um processo de construção vivo e criativo a partir de inferências na dinâmica do inconsciente. No início dos estudos de Freud, o pensamento que vigorava era objetivo e pragmático, um cenário desafiador. Freud se deparou com a necessidade de enquadrar-se no paradigma concreto e sem equívocos da época. Felizmente, não recuou ante a intimidação do novo ou da resistência que este gerava na comunidade científica. Rompeu com antigos padrões e foi abandonando o empirismo para buscar formas de pesquisa que permitiram a inovação da clínica e a construção de novas formas de comunicação (FELICIANO, 2009).

A busca pela compreensão da mente humana levou Freud a desenvolver métodos investigativos que fossem terapêuticos às dores psíquicas, e, assim, manteve-se fiel a escutar a clínica e traduzi-la por meio da observação dos pacientes com a liberdade de “ir e vir em suas reflexões, refutando-as quando novas descobertas lhe abriam caminhos mais

claros e convincentes. Assim, a psicanálise nasceu da clínica e se manteve como prática viva” (id., *ibid.*, p. 82). A liberdade de desconstruir e reconstruir de Freud permitiu à psicanálise um constante aprimoramento de seu pensar.

Posteriormente, autores como Klein, Bion, Lacan e Winnicott continuaram a desenvolver a psicanálise como uma ciência viva e dinâmica, em constante transformação e com um olhar atento às sutilezas do encontro entre seres humanos.

Assim como a psicanálise, os métodos de pesquisas se transformaram no decorrer do tempo. A pesquisa qualitativa busca, em última instância, a compreensão do homem a partir dos fenômenos humanos apreendidos (TURATO, 2010).

Ainda segundo as colocações do autor supracitado, os métodos qualitativos de pesquisa alcançaram valor científico a partir do início do século XX com os trabalhos na disciplina de antropologia. Neste momento também ocorreu o desenvolvimento do modelo etnográfico, que considerava participativa a pesquisa acerca das culturas humanas na qual o pesquisador integrava parte do campo/ *setting* natural onde acontecem os fenômenos a serem estudados, com ênfase na escuta e observação sobre o todo e também sobre o comportamento individual.

Dessa forma, a metodologia do trabalho qualitativo conta com o pesquisador como seu principal instrumento de trabalho e com o ambiente como fonte de dados. Os elementos coletados são, na grande maioria, descritivos, ao mesmo tempo em que o recorte da situação, assim como a seleção do objeto de observação e sequência de condutas permitem, em si, a compreensão do significado (SONZOGNO, 2008).

O significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida são eixos de atenção especiais do pesquisador. Ao levar em consideração as diferentes perspectivas dos participantes, os estudos qualitativos admitem iluminar o dinamismo interno das situações. Tais fatos são geralmente inacessíveis ao observador externo (id., *ibid.*, 2008).

5.2-Sujeitos

A amostra foi composta por 3 estudos de casos de casais com filhos diagnosticados com dermatite atópica.

A idade das crianças variou entre um e vinte e quatro meses.

Foram sujeitos desta pesquisa os pais e o bebê na busca do sentido do sintoma no sistema familiar.

Para compor a amostra, variáveis como: estado civil dos pais, nível socioeconômico, idade dos progenitores e sexo do bebê não foram considerados como critério de exclusão.

5.3-Instrumentos de pesquisa

- Observação Psicanalítica

A observação psicanalítica da relação pais-bebê possui fundamentos no modelo proposto por Esther Bick. O método Esther Bick consiste em observar um bebê, desde o nascimento até um ou dois anos idade, através de situações cotidianas como banho, brincadeiras, sono, toque, etc e na relação com a mãe, uma vez por semana, por uma hora. Essa técnica conta enquadres e objetivos diferentes da sessão analítica clássica que parte do pressuposto do enquadramento do *setting*, no qual se privilegia intervenções e interpretações por parte do analista. O enquadre usado neste tipo de observação é muito eficaz por proporcionar um ambiente onde o psicanalista, silenciosamente, tolera o que está acontecendo diante de si e desperta sua condição de refletir quais seriam os motivos do que está acontecendo naquele momento. A observação de bebês oferece ao observador psicanalista o ensejo de observar uma situação sem ter o compromisso de intervir através de interpretação ou qualquer outro tipo de formulação. Faz-se importante destacar que essa técnica não foi criada como uma modalidade de tratamento clínico no qual o analista está autorizado a fazer intervenções explícitas; o observador tem apenas a função de observar.

A experiência adquirida das observações tradicionais “sem intervenção” (modelo supracitado) contou com desdobramentos e algumas modificações, resultando em um método com “intervenções mínimas”, modalidade esta conhecida como observação participativa (WILLIAMS, 1990).

Ao referir-se aos benefícios da observação participativa para a relação pais e bebê, Silva (2007) aponta a habilidade da mãe em receber as projeções do bebê e contê-las. Este processo pode ser desenvolvido, com a ajuda de um observador que se apresenta como um ser receptivo, como um espaço côncavo que faz a mãe sentir-se contida. O observador acolhe as ansiedades maternas. Sendo assim, a capacidade de acolhimento dela se fortalece e ela se torna capaz de conter e pensar o que se passa com o filho. Existem situações em que os pais possuem patologias graves e têm dificuldade em conter as projeções sobre o filho. Por conseguinte, o bebê acaba recebendo e abrigando as dificuldades parentais. Todavia, deve-se considerar que o bebê ainda é incapaz de “metabolizar” essas dificuldades. Quando essas projeções maternas ocorrem, podem

causar experiências danosas e originar angústias impensáveis no filho. A presença de um observador contribui no processo de separação sadia ou diferenciação mãe e bebê. A mãe se junta ao observador e, deste modo, se distancia da criança, assim, pode observar aspectos da personalidade do filho e notar que ele tem necessidades próprias.

A partir dessas propostas que usam a teoria psicanalítica como instrumento para olhar a relação pais e bebê é que nos propomos utilizar uma observação psicanalítica da relação pais e bebê. Tal modelo se insere nas técnicas de pesquisas denominadas observação participativa, podendo ter, eventualmente, efeitos interventivos, o que não é nosso objetivo principal.

A observação participante refere-se à observação e relato de comportamentos que não são determinados previamente. O objetivo final está associado à descrição e compreensão da situação específica. Essa técnica supõe a presença do observador em campo.

Na observação participativa o pesquisador possui um papel ativo em relação ao fenômeno observado. Esta é uma técnica muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa. Não há limites temporal e espacial para essa técnica, visto que as pesquisas qualitativas se caracterizam pela utilização de múltiplas formas de coletas de dados. Portanto, a quantidade de observação é inerente à necessidade de apreender os significados dos fatos e comportamentos.

O pesquisador precisa atentar-se aos eventos que ocorrem habitualmente, que se repetem, tentando captar os conflitos e tensões presentes. Existe um rigor metodológico em relação à coleta de dados, aos registros e à observação, que devem ser coerentes com a realidade estudada. Além de investigar o outro, o observador faz registros sobre o que vivencia; sendo assim, ele também se auto-observa, pois participa de uma rede de comunicação. As contratransferências (conjunto de reações inconscientes do analista) suscitadas durante a observação necessitam ser levadas em consideração. A análise deve oferecer uma visão ampla e detalhada resultante da interação do pesquisador com o meio.

Quando se observa, deve-se contar com a disponibilidade de suportar a turbulência emocional, fazendo-se um trabalho de indagação e reflexão sobre o conteúdo observado. A capacidade de observar está associada à aquisição do que, em psicanálise, se chama

capacidade analítica. Entende-se por capacidade analítica a experiência de observar, elaborar e integrar as experiências emocionais.

As habilidades e competências que o observador precisa desenvolver são semelhantes às de um bom entrevistador, que conta com uma boa capacidade de escuta e adaptação a situações inesperadas. Deve-se estar familiarizado com as situações estudadas. Em vista disso, o conhecimento se elabora numa dialética constante entre teoria e prática, em que se valoriza a experiência cotidiana, memória e sua influência na elaboração do saber do pesquisador.

Conclui-se que a observação participativa contribui com a presente investigação, proporcionando uma visão ampla e detalhada de uma determinada realidade. Vale ressaltar que não se trata de uma simples observação utilizada no dia-a-dia; esta é uma técnica de observação com arrimo em princípios teórico filosóficos.

Apesar de usarmos o modelo proposto por Willians de observação participativa o trabalho da psicóloga nesta pesquisa não tinha como objetivo a intervenção, nesse sentido, não foram feitas “intervenções mínimas” com o objetivo de modificar o funcionamento da família.

- Entrevista

Segundo Bleger (1998), a entrevista psicológica “[...] é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia” e tem como objetivo ampliar e verificar, a fim de aplicar o conhecimento científico. A entrevista psicológica é compreendida como aquela que tem objetivos psicológicos, a fim de se conhecer a expressão da personalidade do indivíduo.

Para o autor, a entrevista pode ser caracterizada de duas maneiras: aberta e fechada. Na primeira, a proposta é que o campo da entrevista seja determinado pelo entrevistado; dessa forma, é ele quem movimenta o tema. Cabe ao entrevistador despertar o interesse e a participação do entrevistado, motivando-o para, assim, alcançar uma investigação mais ampla e profunda da sua personalidade. Na entrevista fechada, as perguntas são formuladas anteriormente e deve-se seguir a ordem e a maneira estabelecida previamente. O entrevistador não pode mudar nenhuma destas disposições.

Ocampo e Arzeno (2001) também concordam com a ideia da entrevista ser uma técnica importante de investigação clínica para ter acesso ao indivíduo e a organização da

sua personalidade. As autoras supracitadas discorrem sobre o modelo de entrevista semi – dirigida, no qual o paciente tem liberdade para relatar o discurso por onde preferir e incluir o que desejar.

Existem algumas diferenças entre a técnica de entrevista totalmente livre (aberta) e a semi – dirigida. Nesta última o entrevistador pode fazer algumas intervenções a fim de investigar alguns pontos que contribuirão para compreender melhor as questões (as perguntas são feitas da maneira mais ampla possível), assinalar situações de bloqueios ou paralisação devido às angústias para garantir o cumprimento dos objetivos da entrevista, indagar acerca de aspectos da conduta do entrevistado que este não mencionou ou teve dificuldades de falar espontaneamente.

A entrevista semi – dirigida é recomendada por duas razões: a primeira é permitir conhecer exhaustivamente o paciente e a segunda responde à necessidade de extrair da entrevista dados que permitam formular categorias para comparação destes.

Nesse sentido, acreditamos que a proposta de Ocampo e Arzeno (*ibid.*) é um bom instrumento de investigação, à medida que, sem renunciar às vantagens da entrevista aberta, permite que o pesquisador possa recolher algumas informações importantes para o campo de pesquisa.

No presente trabalho contaremos com o modelo de entrevista semi – dirigida, pois teremos alguns interesses que serão pesquisados para alcançar os objetivos de: investigar aspectos da história de vida dos pais, a construção da parentalidade e a relação que está sendo construída com o filho. Dessa forma, foram levantadas questões que não constituem um roteiro, mas sim alguns elementos norteadores de pesquisa formulados pela entrevistadora (vide anexoII).

5.4-Procedimento

A pesquisadora realizou contato com pediatras e dermatologistas. Estes lhe encaminharam os possíveis sujeitos para a coleta dos dados.

Os participantes foram contatados pelo telefone e informados dos objetivos e procedimentos da pesquisa. A pesquisadora tentou disponibilizar datas e horários de forma a facilitar a presença do casal. Entretanto, se um dos pais faltasse aos encontros o processo continuaria e a ausência seria considerada como elemento investigativo.

Com referência ao local da realização do processo, cada família teve a oportunidade de optar por participar do estudo em sua própria casa ou no consultório da pesquisadora.

A coleta de dados constou de três encontros. No entanto, eventualmente, se fosse necessário, a família seria convocada para mais um encontro.

Caso aceitasse participar, seria instruída para o primeiro encontro, ao qual foram orientados a comparecer: o pai, a mãe e o filho. No primeiro momento, houve a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo I) e uma entrevista com o casal (Anexo II). A técnica teve como objetivo investigar aspectos da história de vida de cada participante, a construção da parentalidade e a relação com o filho. O segundo momento contou com a observação da tríade: pai, mãe e bebê, no intuito de observar detalhadamente como se estabelecem as relações, comunicações e cuidado com o filho. Tratou-se de uma observação participativa. Sendo assim, a presença do observador podia interferir no campo de pesquisa e, na medida do possível, estes elementos foram levados em consideração. Por fim, o terceiro momento contou com a devolutiva aos pais.

Após a observação da tríade foi realizado um registro que contou com as impressões clínicas e contratransferência da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para auxiliar na efetiva análise do material.

5.5- Metodologia da análise dos dados

Foi apresentada uma análise individual das 3 famílias estudadas. A avaliação teve como referencial o método psicanalítico.

Cada caso foi discutido individualmente, tentando-se compreender como ocorre o processo de parentalização e as fantasias que permeiam o vínculo pais e bebê com dermatite atópica. A análise dos casos foi submetida à supervisão a fim de garantir-se maior precisão.

Após a análise individual de cada caso, foi feito uma análise global, que tentou encontrar elementos constantes que permitiram revelar aspectos similares na determinação destes sintomas e no processo de parentalização destas crianças.

Também foram investigadas as dissonâncias entre os casos, procurando dar a elas um sentido na formação da parentalização de crianças com dermatite atópica e às possíveis fantasias presentes neste processo.

6-Análises dos casos

A descrição dos casos apresenta-se aqui num formato sequencial, tentando reproduzir o conteúdo relevante do diálogo com os sujeitos de pesquisa, sem alterar significativamente a ordem da narrativa. A linguagem utilizada procura ser coloquial, mais próxima da expressão natural dos entrevistadores, com algumas transcrições literais, quando pertinente.

Para a preservação da privacidade dos sujeitos, todos os nomes foram alterados, mantendo-se a identidade de gênero na escolha dos pseudônimos.

Expressões do senso comum e conceitos imprecisos expressos pelos entrevistados não foram tratados, com o objetivo de isentar a descrição de eventual crítica ou juízo por parte do pesquisador.

6.1-Caso: Henrique

Henrique é um bebê de dez meses. O diagnóstico de dermatite atópica foi recebido no quinto mês de vida.

A família de Henrique é composta pelos pais: Roberto e Teresa e o irmão gêmeo Alexandre, que não apresenta a afecção de dermatite atópica.

A pesquisadora conheceu a família entrevistada através de uma amiga em comum. Quando a mãe das crianças soube que o tema desta dissertação era a dermatite atópica, disse que um de seus filhos tinha o diagnóstico. Sendo assim, ela gostaria de compreender mais sobre a doença e ajudar na pesquisa. Complementou a fala dizendo que já havia ajudado outra profissional, pois acredita que tal atitude auxilia ambas as partes.

A entrevista e a observação foram realizadas na casa da família. A ideia inicial era entrevistar o casal, mas como as crianças estavam presentes, os pais optaram por se dividir: enquanto um falava, o outro tomava conta dos bebês. A primeira entrevistada foi a mãe, em seguida o pai. É importante ressaltar que, apesar da entrevista ter sido dividida, os pais estavam presentes no mesmo local. Então, em algumas partes, um complementa as informações na fala do outro.

6.1.1-Entrevista com a mãe

Ao contar sua história de vida, Teresa narrou que na sua infância seus pais trabalhavam e estudavam. Quem tomou conta dela foi a avó materna e uma empregada. “[...] *eu praticamente fui criada pela minha avó, mas não tenho trauma, não tenho estigma pelo fato da minha mãe não ter cuidado de mim.*” Complementou dizendo que “*a primeira fase do desenvolvimento foi uma época maravilhosa. [...] Eu sempre aprontei muito na minha infância, empinava pipa, quebrava o telhado do vizinho, brincava na rua. [...] Eu já fui atropelada, quebrei todos os membros que você pode imaginar. [...] Eu não era como as outras mulheres que desde a infância pensavam em ter filhos, eu era muito moleca. Quando a minha mãe conheceu o Roberto, falou que não precisou ter um filho homem, porque eu já era um menino*”. Podemos perceber, através da fala da entrevistada, que aparentemente a gravidez e a maternidade não fizeram parte de suas expectativas e fantasias como mulher durante um determinado momento da vida. Teresa relatou que o desejo de ter filhos aconteceu após o casamento, o trabalho em uma creche e o nascimento dos sobrinhos. De acordo com a fala da participante, podemos supor que, desde o início, Teresa se apresenta com dificuldade de se reconhecer no lugar feminino e que, segundo seu relato, a perspectiva de reconhecer-se como mãe foi sendo construída na busca de lugares que a autorizassem como tal.

Depois do surgimento consciente do desejo pela maternidade, deve-se destacar que a trajetória para conceber os filhos não aconteceu de maneira natural. Teresa apresentava dificuldades para engravidar “[...] *Quando percebi que estava com dificuldades para engravidar comecei um tratamento mais firme e pedi demissão do meu trabalho [...] foi um processo árduo que contou com intervenções que duraram 5 ou 6 anos de tratamento. [...] eu abdiquei de muitas coisas para ser mãe. [...] Houve uma época que eu achava que essa coisa de ser mãe não era para mim, não aguentava mais ir ao médico, abrir as pernas e não dar em nada. [...] Nós quase desistimos*”.

Desta forma, podemos depreender que havia um desejo de ter um filho, mas também nota-se algo que parecia se opor. Assim, observa-se a existência de sentimentos contraditórios coexistindo com o desejo.

Desde a gestação, percebe-se indícios de um certo distanciamento emocional da maternidade “[...] *Os meninos são bebês de proveta, houve a fertilização in vitro.*” Teresa discorre sobre as dificuldades que vivenciou: “[...] *Eu fui uma guerreira e o Roberto um santo. Toda semana eu tinha que fazer exame de sangue, tomar anestesia, fazer coleta de*

óvulos”. A participante falou que quase desistiu da ideia de ser mãe: “*essa era a última tentativa [...] Eu achava que estava forçando a barra, que não ia dar*”. Teresa discorreu longamente sobre os procedimentos que vivenciou para engravidar e evitou falar do impacto emocional que a experiência gerou.

No último processo de fertilização *in vitro* foram feitos nove bebês “[...] *Eu nem sei se são bebês de verdade, são inseminações, existe toda aquela discussão de quando se começa a vida*”. Dos nove embriões, dois foram implantados, três o casal congelou e quatro foram para a adoção “[...] *a gente quis ajudar os pais que não podiam ter filhos como nós, mas não sabemos se as implantações deram certo. [...] Eu não posso nem imaginar a ideia de ter mais filhos.*” Supõe-se que uma das maneiras de Teresa lidar com as angústias é através da tentativa de distanciamento emocional, observado no fato de ela não se vincular aos embriões.

Podemos hipotetizar que houve entraves em vivenciar a experiência da maternidade. Os bloqueios podem estar ligados às dificuldades associadas à concepção e ao desejo tardio de ser mãe aparentemente associados às suas fantasias de não estar autorizada a ocupar o lugar materno. Assim, é possível levantar a hipótese de que Teresa tenha enfrentado obstáculos para vivenciar um estado especial de mente chamado Preocupação Materna Primária que acontece no final da gestação e continua por um tempo após o parto e que possibilita à mulher desenvolver uma sensibilidade de colocar-se no lugar dos filhos (WINNICOTT, 1956). Desta forma, Teresa, sentindo-se incapaz de regredir e aproximar-se das emoções primitivas veiculadas no contato mãe-bebê, recorre a livros, pede ajuda ao pediatra e aos amigos, a fim de buscar compreender o que se passa com as crianças. Seu discurso parece veicular a ideia de que, ao invés de a mãe se adaptar aos bebês, são eles que têm que se adaptar ao desejo materno. Isso nos faz pensar o quanto ela não aceita as fragilidades e dificuldades das crianças. A construção da alteridade dos filhos está submetida às fantasias maternas e não à história de cada filho. “[...] *Eu quero que meus filhos tenham uma infância como a minha . [...] Quando eu engravidei e soube do sexo dos bebês fiquei muito feliz, pois pensei que eles poderiam fazer aquilo que eu sempre fiz. [...] Eles são guerreiros como a mãe.*”

Durante o relato da mãe, observou-se pouca empatia com as dificuldades dos bebês. O discurso foi marcado por descrições negativas em relação aos filhos “[...] *O Alexandre é o garoto enxaqueca, é o estresse em pessoa. [...] O Henrique é um bobo. [...]*

Ele é como um vira-lata”. Além da pouca capacidade de compreensão emocional, verifica-se a necessidade de os filhos serem fortes, não dando espaço para a fragilidade “[...] Às vezes a gente judia, sabe? [...] Precisam criar resistência”. Tal atitude pode ser uma manifestação de suas angústias em relação às próprias dificuldades e fragilidades que não puderam ser elaboradas e que são projetadas nos filhos. Desse modo, podemos hipotetizar que ela anseia que os filhos superem os entraves emocionais que fazem parte de sua própria história de vida.

Apesar de apenas Henrique manifestar o diagnóstico de dermatite atópica, Teresa citou os dois filhos durante toda a entrevista. Dessa forma, percebe-se que em alguns momentos ela demonstra dificuldades em lidar com os filhos. Estes, por sua vez, “respondem” a tais entraves através do comportamento e sintomas. Podemos perceber, a partir do relato da mãe, que as dificuldades vivenciadas por Alexandre aparecem de forma mais explícita. Ele consegue se expressar de forma mais direta: “[...] *ele é nervoso, mostra no choro quando não quer alguma coisa [...] Ele se joga para trás quando não quer alguma coisa*. A forma como Henrique denuncia a adversidade é aparentemente mais silenciosa, através do sintoma da dermatite atópica, que pode ser considerado um sintoma psicossomático, que se dá de forma menos elaborada, pois a pele é considerada um meio de comunicação na etapa pré- verbal. É interessante destacar que a mãe relata que de início não se preocupou tanto com o sintoma, enquanto este estava encoberto do olhar dos outros. “[...] *A dermatite atópica começou quando ele tinha cinco meses, mas eu não me preocupei tanto, pois os pontos que ela “ataca” [barriga e atrás da orelha] as pessoas não viam*”. O fato da afecção não ficar exposta permite supor que, para a mãe, talvez elas sejam menos importantes. Podemos hipotetizar que, para Teresa se preocupar com algo, os sinais devem ser mais evidentes.

Diante do pedido de falar especificamente sobre Henrique, Teresa conta que ele nasceu primeiro, por isso achava que ele ia ser o mais esperto. Entretanto, a criança demonstrou ser diferente “[...] *Quando o Henrique nasceu achei que fosse ter problemas com ele, pois ele era quieto, ficava olhando para o horizonte, até cheguei a pensar que ele fosse ser cego e surdo, era uma criança apática*”. Podemos observar no relato materno que as fantasias que ela tinha em relação ao filho não corresponderam ao filho real. A diferença entre as imagens do filho (imaginário versus real) podem ter contribuído para certo distanciamento inicial entre a díade.

Mais um aspecto relevante que apareceu na entrevista foi uma forte identificação da mãe com Alexandre. Podemos supor que essa ligação aconteça por seus aspectos mais

agressivos e fálicos. Isso nos leva à questão de qual seria o lugar ocupado por Henrique nas fantasias maternas.

Ao longo da entrevista de Teresa alguns aspectos chamaram a atenção da pesquisadora. A participante iniciou o discurso narrando sua própria infância. Pontuou que naquela época os pais trabalhavam e estudavam, dessa forma, quem tomou conta dela foi a avó e a empregada. Fez questão de ressaltar que a falta da mãe não provocou “*traumas ou estigmas*”. Ao discorrer sobre a infância, falou sobre o quanto aquela foi uma época boa, apontou que não era como as outras meninas que sonhavam em ser mães. O desejo consciente pela maternidade apareceu após o casamento e o nascimento dos sobrinhos. A trajetória para realizar a aspiração foi marcada pela dificuldade em engravidar. A participante recorreu a tratamentos que duraram por volta de cinco anos e os filhos são frutos de fertilização in vitro.

6.1.2. Entrevista com o pai:

Através da entrevista com o pai percebe-se que o plano de ter filhos era algo que fazia parte do seu projeto de vida “[...] *ter filhos para mim era um projeto*”. [...] “*eu queria deixar alguém com o meu nome*”. Assim, podemos perceber uma diferença de perspectiva do casal em relação ao desejo de ter filhos, o que permite pensar como estes trabalharam entre si este projeto.

A demora na realização desse projeto, decorrente da dificuldade de engravidar da esposa, suscitou sentimentos contraditórios para Roberto. “[...] *foi um negócio desgastante pra caramba. [...] tinha horas que eu tinha raiva disso tudo e queria desistir. [...] até falei em adoção [...] eu sempre fui um cara assim, que mesmo que sofresse com algumas coisas, eu fazia de conta que... não era comigo: a dor, o cansaço, o desânimo. Então, eu pegava e sacudia a poeira e saía andando de novo*”. Dessa forma, ele mostra um modo particular de lidar com os sentimentos. Parece haver pouco espaço psíquico para vivenciar as dores.

No entanto, a experiência da paternidade parece ter sido vivida de forma mais integrada. Apesar de Roberto mencionar que esperava por apenas um filho e do casal ter implantado dois embriões, observa-se que ele conseguiu se relacionar bem com a ideia de terem nascido dois bebês, podendo percebê-los em sua individualidade e responder às suas demandas “[...] *O Alexandre eu gosto da brutalidade dele, da violência. Então, isso dá mais liberdade pra gente brincar, sacudir ele, pra jogar para cima. [...] O Henrique*

é aquela que a gente quer pegar no colo, quer beijar, ninar. [...] Hoje eu posso falar que tenho dois tipos de criança em casa... que têm todo o meu amor.”

Nota-se que o pai construiu uma relação de proximidade com os filhos. Existe o relato de experiências prazerosas entre eles “[...] eu virei um bobo alegre depois que eles nasceram [...] Quando eu chego do trabalho, quero me jogar lá no chão com eles. [...] Eu gosto de brincar com eles”.

Roberto está construindo a identidade paterna e para isso utiliza-se de sua própria história para percorrer esse caminho “[...] Não me venha falar o que meu filho precisa porque eu sei o que ele precisa. [...] Essa é minha luta, é.... a minha insônia, tudo... tudo gira em torno desses meninos e da Teresa porque assim eu busco o melhor pro bem-estar deles.”

Sobre a afecção do filho o participante conta “[...] meus filhos são campeões! O Henrique tem um probleminha na pele, mas isso não é nada perto de toda luta que percorremos para alcançar nosso sonho. [...] crianças sempre tem um probleminha ou outro, mas a dermatite não atrapalha o desenvolvimento do meu filho, eu vou sempre estar ao lado dele para ajudá-lo no que for preciso.”

Pode-se supor que a relação de proximidade que Roberto construiu com os filhos está associada ao seu projeto de vida: ter filhos. Assim, ele consegue expressar de maneira mais direta seus sentimentos.

A partir da análise das entrevistas podemos perceber uma divergência no processo de parentalização deste casal. Enquanto Teresa, desde o projeto da gravidez, percebe dificuldades em se conceber como mãe; Roberto, desde o início, anseia por tornar-se pai. Teresa aparentemente foi construindo na sua vida conjugal este desejo, mas teve que se defrontar com suas próprias dificuldades ao longo do percurso. Roberto esteve ao lado da esposa, apoiando-a, mas também vivenciou dificuldades ao longo do caminho. Teresa parece que ainda está mais aderida à sua história de vida e não oferece espaço para os filhos construírem sua própria singularidade.

Já Roberto parece reconhecer mais as particularidades dos filhos e permite que eles construam as respectivas alteridades. Para o participante, o fato de realizar seu sonho de ter filhos tem mais destaque que o diagnóstico de dermatite. Ele parece considerá-lo pequeno perto do desafio que foi tornar-se pai.

6.1.3-Descrição da observação da família

A pesquisadora entrou em contato por telefone com a mãe das crianças e retomou a conversa inicial dizendo que “gostaria de realizar a observação para poder conhecer mais sobre a relação pais e bebês”. A mãe disse que estava aguardando o contato, assim, marcaram o encontro para o dia 28/10/2014 às 20 horas, pois nesse horário o pai já estaria em casa.

A pesquisadora chegou à casa da família e foi recebida pela mãe, que disse que os meninos estavam tomando banho. Ela convidou a pesquisadora para acompanhar aquele momento. Enquanto caminharam até o quarto, a mãe declarou que teve que fazer uma reorganização na casa (colocou pequenas grades nas portas que levavam da sala para a cozinha e outras na entrada do corredor para os quartos. Além disso, colocou vidros na sacada). Disse que o espaço que tinha reservado para as crianças brincarem estava ficando pequeno, então teve que aumentá-lo, por isso realizou as mudanças.

Quando a pesquisadora entrou no quarto das crianças, deparou-se com o pai, que estava dando banho em A enquanto H. aguardava dentro do berço. A pesquisadora cumprimentou a todos. H., que estava em pé dentro do berço, começou a se movimentar e sorriu para ela. A mãe exclamou que ele tinha ficado feliz em vê-la. O pai disse: “[...] *eles adoram tomar banho*” e comentou que “[...] *para tirá-los da banheira e trocá-los é um sacrifício, pois eles sempre choram muito*”. Para acalmá-los, ele costuma oferecer um brinquedo que fica dentro da banheira. “[...] *assim eles se divertem enquanto eu os seco e troco.*”

A mãe relatou que o pai é a pessoa responsável pela hora do banho, pois ela fica o dia todo com os filhos e o pai também precisa ter esse “*contato de pele*” com as crianças. O pai acrescentou que adora fazer essa tarefa.

No momento em que o pai tirou A. da banheira e colocou-o em cima da cômoda que fica entre os dois berços, ele contou que tem que colocar a cabeça de A. do lado oposto ao berço de H. senão o irmão fica puxando o cabelo dele enquanto ele é trocado. A mãe, que também estava presente no quarto, disse que H. estava se comportando muito bem e atribuiu esse fato a presença da pesquisadora no recinto. H. ficou olhando para a pesquisadora enquanto o pai arrumava A. e algumas vezes sorriu para ela.

Enquanto o pai trocou A., a mãe tirou a água da banheira e colocou uma nova. H. chorou quando a mãe saiu do quarto para pegar a água nova e a mesma disse: “*Espera aí, a mamãe já volta, seu irmão não pode tomar banho na água suja que você usou.*”

Depois de trocar A., o pai o entregou para a mãe e pegou H. no berço para iniciar o processo do banho. Ao pegá-lo o pai brincou com a criança, dizendo que havia chegado sua vez. O bebê ficou todo animado, mexendo os braços e as pernas. Enquanto o pai deu o banho no filho, ele mostrou para a esposa que a bucha (com formato de cachorrinho) que eles usam para dar banho havia perdido a orelha. A mãe olhou para a pesquisadora e disse que a bucha tinha sido indicação de uma profissional que trabalha com psicomotricidade. Acrescentou que a função do objeto era ajudar na estimulação da pele e do sistema nervoso. A esposa disse ao marido que no dia seguinte compraria uma nova, pois aquela estava estragada.

Depois do banho a mãe levou as crianças para a sala para brincar e o pai ficou organizando o quarto. Na sala há um espaço para as crianças. A família colocou um tapete de borracha colorido e em cima dele ficam espalhados os brinquedos. A mãe disse que depois do nascimento dos filhos a casa nunca mais foi a mesma, está sempre uma bagunça.

Primeiro a mãe trouxe A. para a sala e o colocou sentado no canto das crianças. O menino pegou os brinquedos e começou a brincar. Em seguida, ela trouxe H. e colocou-o ao lado do irmão. Ele começou a chorar e não quis ficar sentado. A mãe tentou várias vezes, mas ele não permaneceu. Então a mãe sentou-se no sofá e ele ficou no colo dela. Enquanto A. brincava sozinho no chão, H. manuseava uma garrafa pequena com miçangas. A mãe exclamou: “[...] *Eles têm tantos brinquedos caros e gostam das coisas mais simples, essa garrafa foi ideia da psicomotriz para confeccionarmos, eles adoram*”. Em seguida, a mãe foi até a varanda, pegou um potinho de Yakult e deu para H.. A criança pegou o objeto e levou-o até a boca. Assim, a mãe conseguiu tirá-lo do colo e sentá-lo no chão ao lado do irmão. Nesse momento A. saiu do tapete e foi até um lugar onde não havia cobertura no chão. A mãe disse que eles preferiam brincar fora do tapete, pois ali eles jogavam os brinquedos no chão e fazia barulho. Ao ouvir o barulho, H. foi brincar ao lado do irmão. Os dois ficaram brincando, cada um com um brinquedo. Eles jogavam os objetos no chão, às vezes para longe deles e iam engatinhando buscá-los. A mãe falou que tinha receio da vizinha do andar de baixo ficar brava, pois eles adoravam jogar os brinquedos no chão com força.

Depois de arrumar o quarto o pai apareceu na sala e disse que iria dar o jantar para as crianças. Colocou cada bebê em um cadeirão e preparou a mesa para o casal tomar um lanche. Eles contaram que na hora do almoço a mãe está sozinha com as crianças, então ela dá o almoço com os gêmeos sentados no cadeirão e só depois ela come, mas no jantar

fazem questão de sentar todos à mesa, pois as crianças precisam criar este hábito familiar. Os pais sentaram-se um ao lado do outro e cada um era responsável por dar comida a um filho. A. ficou do lado da mãe e H. do lado do pai. Enquanto os pais comiam, eles ofereceram biscoito de polvilho para as crianças. No início a mãe dava os pedacinhos para A., mas depois resolveu dar o biscoito todo. O pai disse que isso não ia prestar, que eles iam se sujar inteiros e já haviam tomado banho, mas a mãe insistiu e ofereceu o biscoito todo para o outro filho.

Enquanto todos comiam, A. tentou levantar-se diversas vezes do cadeirão e a mãe apontou: “[...] *está vendo como ele é muito mais arteiro que o H? O H. está quietinho comendo*”. O pai repreendeu a atitude do filho e amarrou-o com o cinto de proteção. A. não gostou e começou a chorar. Para distraí-lo o pai ofereceu mais um biscoito.

A mãe disse que havia lido no livro *O mundo do bebê* que a criança precisava pegar a comida com a mão para sentir a textura, mas o marido discordava, pois isso fazia muita sujeira e ela acrescentou que o esposo era maníaco por limpeza. Contou que houve um dia que ela deixou eles colocarem a mão no prato de comida e eles sujaram a sala de jantar inteira, tinha comida até no teto. O pai ficou quase louco, deu banho nas crianças e limpou a casa toda.

Como as crianças comeram biscoito, o chão estava todo sujo de farelos e os bebês tinham sujado a roupa. O pai pegou os filhos no colo, limpou a roupa deles e disse que eles deveriam ser trocados novamente antes de dormirem. Pediu para a mãe tirá-los dali porque ele iria limpar a sala de jantar, pois se eles fossem engatinhar lá levariam sujeira para a casa toda. A mãe pegou os bebês e levou-os até a sala. Colocou-os novamente no cantinho das crianças, mas fez uma barreira para eles não irem até onde o pai estava limpando. As crianças queriam sair do espaço e a todo momento a mãe as trazia de volta.

Enquanto estavam no tapete, A. olhou para a televisão e falou algo que lembrava “Ga”. A mãe disse que ele estava pedindo a galinha pintadinha e que se ela deixasse eles ficariam assistindo o dia todo, mas que ela era contra as crianças ficarem vendo tv, então não colocaria o dvd. Ela foi até um armário e me mostrou a coleção de dvds dos filhos, mas ressaltou o quanto eles só gostavam da galinha. Disse que os psicólogos deveriam fazer um estudo sobre o efeito que essa galinha tem sobre as crianças.

Enquanto brincavam, A. tentou pegar o brinquedo de H. A mãe disse que precisava ter tudo de dois e duas coisas iguais, pois sempre dava briga. Ela ofereceu o brinquedo equivalente para A., mas a criança não aceitou e continuou tentando pegar o que estava na mão do irmão, sem no entanto conseguir. H. puxou o cabelo de A. e a mãe disse:

“agora está diferente da última vez que você veio aqui, o H. está mais agressivo, parece que ele cresceu e o A. está mais bebezão, eles trocaram.” Como H. não conseguiu tirar o brinquedo do irmão, pegou a chupeta da boca de A. A mãe disse que ele sabia que aquela não era a sua chupeta e que fez aquilo só para provocar o irmão.

Durante a brincadeira das crianças, o pai terminou de limpar a sala de jantar e tirou o cercado que as impedia de irem até o local, porém continuou na organização da casa e foi para a cozinha lavar as louças. Como agora as crianças não estavam mais “presas”, saíram do tapete e foram para o chão onde jogavam os brinquedos que faziam barulho.

Na cozinha, o pai puxou conversa com a observadora. H., ao ouvir a voz do pai, foi engatinhando até a porta da cozinha que ficava trancada pelo portãozinho, apoiou-se nele, ficou em pé e observou o pai fazendo a tarefa. A. também parou de brincar e foi até a mãe, que estava sentada no sofá. H. começou a se movimentar como se estivesse querendo chamar a atenção do pai. A mãe falou que ele parecia a “monga” se chacoalhando dentro da jaula. A mãe repetiu essa fala por duas vezes. O pai explicou que não era isso, disse que ele ficava se chacoalhando porque ele havia ensinado o filho a gritar “Timã ê ôôô” e o menino adorava fazer isso. Nesse momento, o pai falou que H. é muito apegado a ele, que a criança é muito carinhosa. Em seguida, A. engatinhou até a grade e ficou em pé ao lado do irmão. H. não gostou da situação e tentou tirar A. dali. O pai disse: *“H., não faz isso, você sabe que vai apanhar do seu irmão.”* A mãe disse que mesmo o H. aprendendo a se defender, o irmão sempre batia nele, puxava-lhe os cabelos e o mordida “[...] *“ele vive com manchas roxas pelo corpo, devido às mordidas do irmão.”* O pai perguntou para a mãe se podia preparar as mamadeiras da noite, a mãe disse que sim. Nesse momento a pesquisadora viu que já estava próximo do horário das crianças dormirem, já eram 21h. Agradeceu pela oportunidade da observação. O pai falou para ela ficar mais e disse que podia voltar quando quisesse, pois estava ajudando a família. A mãe falou que se ela quisesse ir toda semana não tinha problema, pois ela achava que a presença da pesquisadora acalmava os filhos.

A família a acompanhou até a porta e a pesquisadora se despediu. H., que estava no colo da mãe, jogou os braços para ela, como se pedisse colo. Ela perguntou a ele se ele queria passear. Ele continuou se jogando para o lado da pesquisadora e a mãe falou *“está vendo como ele gostou de você?”*. Nesse momento o elevador chegou e a pesquisadora partiu.

6.1.4-Análise da observação da família:

Através da análise da observação com a família podemos conhecer mais de perto a interação entre os membros. Logo no início da observação, a mãe contou sobre a reorganização que estava realizando na casa “[...] *O espaço que tinha reservado para as crianças estava ficando pequeno, então teve que aumentar*”. Assim, podemos observar o quanto a família ainda está se adaptando para receber os filhos. A mãe diz que depois do nascimento dos filhos a casa nunca mais foi a mesma, está sempre uma bagunça. Pode-se supor que Teresa não está contando apenas sobre as adaptações externas. Conforme vimos na entrevista, devido ao desejo tardio de ser mãe, a participante enfrentou certa dificuldade em vivenciar aspectos emocionais (PMP) que são específicos da gestação e do pós-parto. Dessa forma, podemos supor que ela ainda está construindo uma identidade materna

Durante a observação pudemos perceber que, além da organização física e emocional, os pais estão buscando formas de se adaptarem aos cuidados com os bebês. Assim, existe uma divisão de tarefas “[...] *O Roberto é responsável pela hora do banho, pois eu fico o dia todo com os meninos*”. A sensação que foi despertada ao longo da observação é que as crianças percebem essa divisão, pois por diversos momentos notamos que Henrique busca mais o pai e Alexandre tem mais proximidade com a mãe. Durante o jantar os pais sentaram-se um ao lado do outro e cada um foi responsável por dar comida a um filho. Desta forma, Henrique ficou ao lado do pai e Alexandre ao lado da mãe. Outras passagens que reiteram essa impressão são: Alexandre foi colocado para brincar ao lado do irmão, mas este relutou em se sentar e preferiu ficar no colo da mãe. Henrique, quando ouviu a voz do pai na cozinha, foi engatinhando até ele.

Pode-se perceber que a questão da divisão familiar é algo que se repete na dinâmica dessa família. A mãe contou que ela tem todos os brinquedos das crianças em duplicidade, pois isso evita brigas entre os irmãos. Dessa forma, podemos hipotetizar que a mãe quer dar o amor aos filhos como se eles fossem iguais, o que aponta dificuldades em lidar com os bebês de forma diferente.

Durante a observação pudemos notar o quanto Henrique tem potencialidades que são pouco valorizadas pela mãe: ele consegue brincar sozinho, tenta pegar o brinquedo do irmão, mostra quando não está satisfeito. Entretanto, a mãe tem dificuldades em lidar com essas conquistas, pois as reconhece parcialmente. Ela diz que agora os filhos trocaram de lugar, o Alexandre está mais bebezão e o Henrique mais independente.

Conjectura-se que a forma que a família encontrou para se relacionar é através da divisão. Parece que há pouco espaço para integração de seus membros.

Outro aspecto que nos chamou a atenção durante a observação foi certa indisponibilidade dos pais em acolherem os aspectos infantis dos filhos. Segundo a descrição da mãe, o pai é maníaco por limpeza. Teresa contou que um dia deixou os filhos colocarem a mão no prato de comida, eles sujaram toda a sala de jantar, tinha comida até no teto, o pai ficou quase louco! A mãe apresenta preocupação quando as crianças fazem barulho, relata ter receio da vizinha do andar de baixo ficar brava.

Desta forma, mais uma vez temos a impressão que os pais ainda estão se adaptando e construindo a parentalização de seus filhos. Eles se apoiam em instruções e questões externas (livros, profissionais, sujeira, vizinhos). Assim, confiam pouco no vínculo e intuição que são decorrentes da maternidade e paternidade.

6.1.5-Síntese do caso apresentado:

Através da análise da entrevista e da observação da família pudemos investigar algumas fantasias e parte da construção da parentalidade dos pais de Henrique. A história de vida de cada criança acontece antes mesmo da sua chegada ao mundo. Ela se dá no início da infância de cada um dos pais; ao longo da trajetória de cada um; na constituição do casal e no desejo específico de ter um filho. Para Teresa e Roberto, tal desejo ocorreu em épocas diferentes. Teresa contou que sempre foi mais moleca e a ideia de ter filhos surgiu após o casamento e a chegada dos sobrinhos. Já para Roberto o desejo de ser pai o acompanhou a vida toda, pois ele queria deixar alguém com o nome dele. Quando o casal decidiu que era a hora de tornarem-se mãe e pai, se depararam com as dificuldades de Teresa para engravidar. Passaram então por um longo processo de tratamento e fertilizações *in vitro*. Essas situações geraram, em muitos momentos, dor e desgaste emocional para ambos.

Nota-se que Teresa vivenciou alguns entraves emocionais na gestação e pós-parto. Tais obstáculos podem ser associados ao desejo tardio de ser mãe e às fantasias de não estar autorizada a ocupar esse lugar. Sendo assim, ela confia pouco na intuição materna e recorre aos livros, aos amigos, ao pediatra e a outros profissionais para buscar entender o que se passa com os filhos. A interação de Roberto com os filhos acontece de forma diferente: ele fala sobre a ligação que tem com as crianças e de como a construção da

parentalidade está baseada na sua experiência de vida. Pontua que não precisa de outras referências, pois sabe do que os filhos precisam.

De acordo com a história de vida dos pais, podemos hipotetizar que a parentalização está sendo construída de formas diferentes. A criança percebe a disparidade e a denúncia através do corpo pelo sintoma.

Na entrevista de devolutiva os pais estiveram presentes. Foi apresentada uma síntese da análise dos dados observados. Durante o encontro, a mãe de Henrique parecia um pouco “defendida”, contra argumentava as percepções da pesquisadora e buscava justificar-se. Roberto apresentou uma postura diferente da esposa, atentou-se as colocações realizadas, pontuou que elas faziam sentido para ele e pediu orientações de como cuidar dos entraves.

Foi sugerido um encaminhamento para psicoterapia, o casal disse que pensaria sobre a sugestão.

6.2-Caso Clara

Rita, mãe de Clara, foi indicada para participar da pesquisa por um pediatra. Quando informada sobre o objetivo do trabalho, aceitou prontamente, disse que acreditava que os conhecimentos obtidos poderiam ajudá-la a entender melhor a doença da filha.

O primeiro contato se deu por telefone. A participante relatou que não estava casada com o pai do bebê e que ambos não se falavam desde o nascimento da filha. Dessa forma, o pai não participou do processo.

Clara tem sete meses. O diagnóstico foi recebido no final do primeiro trimestre de vida.

Devido a disponibilidade de horário da participante, a entrevista aconteceu em duas etapas; o intervalo entre os encontros foi de uma semana. O local escolhido foi o consultório da pesquisadora.

6.2.1- Entrevista com a mãe

Percebe-se, no início do relato, que Rita se descreve como uma pessoa brincalhona que procura sempre estar sorrindo. Mencionou que não consegue ser uma pessoa triste,

pois essa é uma maneira de ela se equilibrar. “[...] *acho que se eu sentar e pensar tudo que aconteceu comigo eu seria uma pessoa amarga*”. Logo no começo da entrevista, a participante mostra que prefere não refletir sobre alguns aspectos da sua vida. Hipotetiza-se que a estratégia de não pensar visa não se confrontar com sentimentos desagradáveis e desta forma não se deprimir.

Ao ser indagada sobre a área que não pode pensar, Rita referiu que não teve sorte com os homens: namoro e casamento. Disse que foi casada por oito anos, entretanto, a experiência não foi boa “[...] *Eu tento não pensar para não me frustrar*”. Nota-se que, para Rita, pensar está associado aos aspectos negativos dos envolvimento. Talvez isso indique que não há espaço para integrar as experiências boas e más.

Apesar de ter sido casada por alguns anos, Rita se separou do marido e, depois de algum tempo, vivenciou outros relacionamentos que, segundo ela, também não foram bem sucedidos. Possui quatro filhas, sendo que três são do primeiro relacionamento e a quarta fruto do último envolvimento afetivo. Atualmente está solteira e mora com as filhas.

Descreveu-se como uma pessoa muito precoce, que não gostava de depender dos outros. Atribuiu a maturidade, que aconteceu forçosamente antes do tempo, à morte do pai, ocorrida quando ela tinha quinze anos. Destacou a boa relação que tinha com o progenitor, diz que ele era uma referência para ela. Descreveu o pai como uma pessoa muito honesta, maravilhosa, brincalhona e disse que talvez tenha herdado o jeito extrovertido dele. “[...] *ele só olhava para mim e eu já entendia o que ele queria*”. Rita enalteceu de forma contundente as qualidades paternas, no entanto, realizou várias pausas e hesitações ao narrar suas fraquezas “[...] *o único defeito que meu pai tinha era ... ele não chegou a ser um alcoólatra, mas ele bebia e fumava, tinha um vício. Quando ele bebia demais, ele ficava uma pessoa transtornada*”; “[...] *Não posso dizer que ele era um alcoólatra, porque alcoólatra é uma coisa pesada*”; “[...] *só que comigo ele era uma pessoa muito bacana, onde ele tava eu tava atrás dele*”; “[...] *a gente era assim unha e carne*”. No decorrer do discurso percebe-se certa idealização do pai e da relação estabelecida com ele; as qualidades se sobrepõem aos defeitos. De acordo com o relato de Rita, a ligação entre os dois era muito forte. Ele representava o apoio e segurança emocional. “[...] *então quando eu vi que não tinha mais ele, achei que não fosse conseguir fazer mais nada*”.

Diferentemente da interação com o pai, a entrevistada e a mãe não tinham um bom relacionamento “[...] *nós duas brigávamos muito, ela chamava a minha atenção, mas eu não era de aceitar a opinião dela*”. Rita acredita que a mãe sentia ciúmes da relação entre pai e filha. De acordo com a fala da participante, o convívio com a progenitora foi marcado desde a infância por desentendimentos. “[...] *Minha mãe era mais de bater*”; “[...] *minha mãe agredia a gente muito verbalmente, principalmente comigo*”.

A avó teve notoriedade na criação da neta “[...] *eu praticamente fui criada pela minha avó. Minha avó é minha segunda mãe, minha mãe trabalhava e minha avó que cuidou de mim*”; “[...] *era uma relação muito boa, sabe aquela avó carinhosa que todo mundo quer ter? Então, essa era a minha avó*”; “[...] *ela sempre olhou a gente, ela cantava para gente dormir, eu dormia na cama dela, por isso a minha relação é mais com a minha avó e com o meu pai*”. A avó desempenhou papéis muito parecidos com os que a mãe deveria exercer. Apesar da maternagem da avó ser descrita de forma prazerosa, não podemos deixar de pensar na importância das relações iniciais entre mãe e bebê e em como elas afetam a maneira da criança relacionar-se posteriormente com outras pessoas.

Ao relatar sua infância, Rita discorreu sobre as relações familiares. Os pais foram casados e tiveram três filhos; um homem e duas mulheres: a participante é a filha caçula. Rita apontou a boa relação que tem com o irmão mais velho e as dificuldades vivenciadas com a irmã. “[...] *meu irmão e eu temos uma afinidade muito boa. Agora, com a minha irmã eu já não tenho muito, não sei se é porque a gente é mulher. Ela sempre queria [se] sair melhor do que eu e conseguia. Eu ficava triste porque minha mãe passava muito a mão na cabeça dela, era como se eu fosse o carrasco*”; “[...] *minha mãe estava sempre do lado da minha irmã, nunca do meu lado.*”; “[...] *eu acho que tenho um pouco de mágoa da minha mãe*”. Desde a infância, nota-se certo grau de rivalidade com as mulheres (mãe e irmã). “[...] *A minha mãe não acreditava em mim, ela acreditava só na minha irmã*”; “[...] *Eu era uma pessoa que estava sempre ajudando a minha mãe, comigo ela podia contar, já com a minha irmã ela não podia contar muito*”. “[...] *Às vezes ela até falava bem de mim para os outros, mas nunca falou diretamente a mim*”. Podemos supor que há uma desigualdade no tratamento com as filhas. De acordo com a fala da entrevistada conjectura-se que ela se sente preterida pela mãe.

Rita relatou que perdeu o pai no início da adolescência. Logo depois da morte dele sentia-se muito sozinha, além disso, brigava muito com a mãe. A fim de tentar superar as

dores emocionais, decidiu ir morar sozinha por um tempo. Para alcançar tal objetivo, contou com a ajuda do primeiro namorado. Conjectura-se que houve uma suspensão da elaboração do luto paterno. Para não se haver com a tristeza causada pela perda do pai, Rita começou a namorar e saiu de casa.

Enfatizou que teve relacionamentos afetivos muito cedo, entretanto, os namoros não eram muito estendidos, pois segundo ela, não tinha sorte no amor. “[...] *quando eu conheço uma pessoa eu vou me aprofundando no relacionamento, eu não conheço bem a pessoa e já vou me apegando*”. Pode-se hipotetizar que a participante anseia por estabelecer vínculos mais fortes, no entanto, parece refletir pouco sobre as escolhas e age de forma impulsiva.

Ao discorrer sobre os relacionamentos contou que o pai das três primeiras filhas não quis casar e abandonou-a grávida de gêmeas e com uma filha de 6 anos. Quando o companheiro soube da segunda gestação e o fato dela ser gemelar, questionou a paternidade, pois não acreditava que podia fazer filhos gêmeos. Acrescentou que não queria as meninas e foi morar em outra cidade. Por conseguinte, a participante criou as filhas sozinha, sem a presença e o apoio paternos.

Rita aponta que, com a separação do marido, a relação com a mãe começou a melhorar. A mãe foi viver na casa da filha para ajudar a cuidar das netas. Observa-se que a aproximação entre mãe e filha acontece quando ambas estão solteiras e não há espaço para uma relação triangular. “[...] *depois da separação a gente ficou um pouco mais próximas, eu comecei a conversar mais com ela [...] a gente foi tentando amenizar os problemas do passado*”.

Depois da separação a entrevistada narrou que teve outros envolvimento afetivos e acabou engravidando pela terceira vez. Narrou que conheceu o pai da Clara no trabalho. Ele a procurou dizendo que estava interessado e havia gostado dela. Dessa forma, ela decidiu ficar com ele. Não chegaram a firmar um compromisso mais sério; apenas saíam, e na segunda ou terceira vez que ficaram juntos, ela engravidou. Diante da forma como a participante relata os relacionamentos, nota-se fragilidade na constituição dos vínculos afetivos. Rita mostra certo grau de dificuldade em pensar na área afetiva, faz escolhas pouco elaboradas.

Quando questionada se pensava em ter mais filhos, Rita respondeu que não, mas que também não utilizava método contraceptivo, pois sempre teve problemas; “*ovário policístico*”. As duas últimas gestações não foram planejadas “[...] *eu acreditava que ia ter dificuldades para engravidar, mas acho que é mentira porque tenho quatro filhas*”. Atentamo-nos ao fato de a participante questionar se podia ser mãe. Ela vai “testando” a capacidade para ter e criar as filhas. Supõe-se que a dúvida quanto à possibilidade de ser mãe está associada ao relacionamento conflituoso com a própria mãe.

Em relação à terceira gravidez, Rita demorou alguns meses para percebê-la. No início acreditava que estava com algum problema de saúde (mioma). Quando procurou por um médico, descobriu que estava grávida de quatorze semanas. No momento em que soube da notícia, ficou surpresa “[...] *como neném?! Eu tô achando que estou com uma coisa e o senhor está falando que eu tô com outra*”; “[...] *eu levei um susto, comecei a chorar dentro do consultório*”. Conjectura-se que a participante apresenta certo distanciamento psíquico do próprio corpo, pois já havia vivenciado duas gestações, mas não consegue reconhecer esta gravidez. De certa forma, chega até a negá-la, acreditando que estava doente.

Quando contou para o pai da criança sobre a gestação, ele ficou assustado e disse: “*Bom o tempo que você está é o tempo que a gente saiu*”. Apesar de assumir a paternidade, ele não esteve presente durante a gravidez inteira: “[...] *Ele trabalhava próximo a mim, mas nunca veio perguntar se eu estava precisando de alguma coisa*”. Ao longo da gestação, teve notícias de que o “namorado” estava ficando com outras pessoas “[...] *ele foi sempre mulherengo e eu sempre ouvia histórias daqui e dali, que ele tinha ficado com outras pessoas. Aí eu chamei ele de canto e falei: vai viver a sua vida e não me perturba mais*”. Mais uma vez torna-se evidente o quanto é difícil para Rita realizar escolhas de pessoas que se comprometam com o relacionamento e com ela própria.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas por Rita nessa gravidez foi contar para a mãe sobre a gestação. No princípio, ela não acreditou “[...] *minha mãe teve uma reação muito ruim, ela brigou, achou que era mentira, porque eu não tive sintoma nenhum [...] ela falou que eu era louca, não tinha cabeça, que estava parecendo uma adolescente*”; “[...] *ela falou que não ia me ajudar*”. Devido a desaprovação em relação à gestação, a mãe de Rita saiu da casa onde morava com a filha. A partida aconteceu de forma repentina e sem que elas pudessem conversar sobre o assunto, pois na época a entrevistada viajava

de férias com as filhas. “[...] *Quando eu cheguei em casa as coisas dela, roupas, sapatos, já não estavam mais lá [...] Eu fiquei chateada, não precisava ter saído dessa forma*”.

Rita relatou que, em muitos momentos da gravidez, sentiu-se abandonada “[...] *eu ficava assim meio entristecida, porque quando a gente está grávida quer alguém por perto, né?! Alguém para conversar*”. Quando eu ia ao médico para fazer a ultrassonografia e a equipe me perguntava se o pai não ia assistir eu dizia que não, que estava ali sozinha. “[...] *Eu tinha medo de passar mal à noite e não ter a pessoa ali do lado para [eu] falar me leva para o hospital*”; “[...] *eu sempre pedia a Deus para não passar mal, para que não acontecesse nada de ruim, tinha medo de aborto espontâneo*”; “[...] *eu tinha muito medo, ficava muito angustiada, tinha dias que sentava no sofá e chorava*”; “[...] *conversava muito com a bebê na minha barriga, pedia para ela ter calma, para que nós duas tivéssemos uma boa gestação, para que ela não tivesse problema nenhum e parecia até que ela entendia*”.

Percebe-se que, mesmo com os obstáculos vivenciados, Rita investiu emocionalmente na gravidez, mas também havia sentimentos contraditórios, como o medo de ter um aborto ou de ter outro filho com problema. Uma das gêmeas nasceu com uma deficiência na mão (sem os três primeiros dedos). “[...] *eu sempre pedia a Deus que esse bebê viesse com saúde*”.

Sobre o parto, Rita relatou as dificuldades vivenciadas. Pontuou que foi difícil: “[*Eu*] *acreditava que ia ser mais rápido, pois as minhas outras filhas tinham nascido de parto normal. Acreditava que esse seria rápido como os outros*”. No entanto, foi bem diferente, pois a criança já estava encaixada, mas próximo à data do nascimento ela virou e ficou atravessada. Dessa forma, teve que fazer muita força para a filha nascer. Vemos pelo relato que a gravidez e o parto foram marcados por sofrimento e dor.

Quando a criança nasceu, Rita surpreendeu-se, chegou a se perguntar se a filha era dela mesmo. Relatou que levou um susto ao ver um bebezão grande e saudável. Disse que sentiu um amor muito grande. Complementou que, apesar ter passado por todas as dificuldades e críticas, a chegada da filha foi uma emoção muito grande.

Outro evento que suscitou grande emoção foi a presença da mãe na hora do parto. Ambas estavam com as relações estremecidas durante grande parte da gestação; não se falavam, entretanto, a avó foi até o hospital e acompanhou o nascimento da neta. A fim

de solidificar a relação que estava abalada, Rita batizou a filha com o nome escolhido pela avó, apesar de ter outros nomes que ela gostava mais. Acrescentou que a mãe ficou muito feliz com a homenagem e dizia para todos que a neta se parecia muito com ela.

Como Rita e o pai da criança haviam rompido o relacionamento e ele não a apoiou durante a gestação, ela decidiu não contar sobre o dia do nascimento do bebê, informando-o apenas dias depois, via mensagem de celular, que a criança havia nascido. Ele foi até o hospital ver a filha e a registrou. A participante destacou o quanto era importante para ela o fato de ter o nome do pai na certidão de nascimento da filha “[...] *ele fez o papel de pai, não gostaria que a Clara tivesse só o nome da mãe na identidade*”. Depois desse dia, pai e filha não tiveram mais nenhum contato. Foi questionado à entrevistada se ela não havia reivindicado o direito de pensão alimentícia. Ela disse que não, pois se o pai a pagasse teria o direito de ver a filha e ela não gostaria que isso acontecesse.

Rita complementou que ficou bem debilitada após o nascimento da filha, relatou que teve hipertensão arterial. Quando investigado sobre os aspectos emocionais do pós-parto, refere que em nenhum momento ficou entristecida. Acredita que ficou eufórica ao reviver a experiência da maternidade. Podemos imaginar que a euforia é também uma forma de não pensar. O fato denota mais uma vez a dificuldade da entrevistada em entrar em contato com os seus sentimentos.

A participante enfatizou o estado de felicidade depois do nascimento da filha, mas alguns meses depois surpreendeu-se e ficou triste ao saber do diagnóstico de dermatite. Disse que se lembrou muito da deficiência da outra filha e questionou se o problema era com ela, se não poderia fazer filhos saudáveis. “[...] *Eu fiquei me perguntando por que Deus deixou eu viver isso novamente*”. Descreveu que não sabia nada sobre a doença, pois na família ninguém nunca teve. No início, ficou preocupada se a dermatite poderia passar para as outras filhas. Ressaltou o quanto a pele da filha é fina, discorreu sobre os cuidados que tem que ter; apontou para o fato de que a filha nunca está limpa devido às secreções que a alergia produz. Ela se pergunta como uma criança tão linda pode ter uma doença como essa. Mais uma vez a participante se questiona quanto a possibilidade de fazer filhos saudáveis “[...] *a Ana e a Clara vão ter que conviver a vida toda com os problemas, cada uma do seu jeito. Os dedos da Ana não vão voltar e o diagnóstico da Clara é para a vida toda também*”.

Rita associa a dermatite da filha ao sofrimento e questiona-se como isso deve incomodar a criança. Pontua que procura cuidar da melhor maneira para a filha não sofrer. No final da entrevista, associou as crises de dermatite ao seu estado emocional “[...] *não sei se é coisa da minha cabeça, mas percebo que quando não estou bem ou acontece alguma coisa aqui em casa a dermatite piora, muitas vezes eu fico pensando se sou eu que provooco isso nela, me dá um aperto no coração*”. Diante dessa fala nos indagamos o quanto Rita percebe a filha como extensão de si própria.

No final da entrevista, a pesquisadora buscou compreender os aspectos mais relevantes da conversa. Sendo assim, discorremos sobre alguns deles. Rita foi convidada a participar da pesquisa com o propósito de falar sobre o diagnóstico da filha e a construção da parentalidade. Entretanto, em muitos momentos, ela destacou sua própria vida afetiva e pouco falou sobre a dermatite. Narrou com facilidade sua história de vida e, por vezes, a pesquisadora teve a impressão de que Rita utilizou o encontro como um espaço terapêutico, pois aprofundou-se nas respostas e foi além dos temas abordados.

Ao narrar sobre sua história, chamou a atenção da pesquisadora a relação de Rita com os pais. A participante ressaltou a boa relação com o pai, a perda precoce do mesmo e o quanto isso repercutiu nas escolhas feitas ao longo da sua vida. A interação com a mãe se dá de forma diferente; é marcada pela ambivalência e dificuldades na comunicação. No decorrer do discurso houve a repetição de algumas palavras como: solidão, abandono, sustos. Imagina-se que tais sentimentos estão associados às primeiras relações com as figuras parentais.

Outro ponto de destaque foram as más escolhas dos relacionamentos afetivos. A entrevistada ressalta o desejo de encontrar um parceiro e formar uma família, entretanto, faz escolhas pouco elaboradas e acaba elegendo homens que não têm os mesmos objetivos. O resultado de algumas destas escolhas são as gestações que, de acordo com a participante, não foram planejadas.

A maternidade para Rita parece ser uma área que suscita questionamentos como o fato de ela poder ser mãe, de produzir filhos saudáveis. Esses questionamentos podem estar conectados com o Édipo mal elaborado e às dificuldades vivenciadas com a própria mãe.

A participante destacou ao longo da narrativa a impossibilidade de pensar, no entanto, concordou em conversar sobre ela e a filha. Vemos que ela está tentando construir a parentalização das filhas, mas as questões pessoais ganham mais espaço na entrevista. Sendo assim, o diagnóstico da filha é pouco citado. Ao final da entrevista, notou-se uma sobrecarga emocional e a necessidade de Rita trabalhá-las.

6.2.2 - Descrição da observação da família

A pesquisadora realizou o contato por telefone com a mãe de C. e retomou as etapas do trabalho, informando que esta seria a última. Dessa forma, faria uma observação para conhecer mais sobre a relação mãe e bebê, assim como a interação familiar. A mãe consentiu na observação e sugeriu que o melhor horário seria por volta de meio-dia.

Quando chegou à casa da família a pesquisadora foi recebida à porta do condomínio pelas quatro filhas. A mãe não estava em casa. Chegou logo em seguida, trazendo algumas sacolas e dizendo que vinha da feira.

A filha mais velha estava com o bebê no colo e a primeira coisa que mostrou foi a dermatite no rosto da irmã. Subiram todas juntas para o apartamento. Ainda no elevador a mãe pediu para uma das filhas perguntar o que fazia uma psicóloga, pois ela, brincando, contou para as filhas que a pesquisadora iria até casa da família para dar injeção. A pesquisadora explicou a elas como era o trabalho de uma psicóloga e o seu objetivo ali.

Ao entrar no apartamento deparamo-nos com uma casa onde os cômodos eram pequenos e cheio de móveis. A observação começou na sala. O espaço era dividido entre sala de tv e jantar, entretanto, ao lado do sofá havia um berço com muitos brinquedos dentro. A mãe explicou que a cama do bebê ficava na sala, pois nos quartos não havia espaço suficiente para acomodá-la. Acrescentou ainda que a filha não usava o berço, pois dormia na cama de casal junto com a mãe. Disse que, apesar das outras filhas possuírem um quarto com três camas, as gêmeas se revezavam para dormir na cama da mãe também.

Assim que chegamos, as gêmeas foram brincar. A mãe pegou o bebê no colo e pediu para a filha mais velha colocar a mesa, pois tinha trazido algumas coisas da feira para o almoço. Contou que uma das feirantes perguntou onde estavam as meninas, porque todo sábado a família vai à feira fazer compras.

A mãe complementou que também havia comprado leite para C. Relatou que, não encontrando o leite que ela toma (para crianças maiores de seis meses), comprou um para crianças menores de seis meses. Acrescentou que achava que daria certo, pois a filha é como uma bezerrinha que toma muito leite.

Enquanto a mãe e as gêmeas faziam a refeição sentadas à mesa, a irmã mais velha ficou no sofá com a bebê e disse *“aqui é assim, a gente tem que se revezar para comer, porque alguém tem que ficar com a C.”* Depois de comer a mãe pediu para a filha mais velha ir se alimentar, pois ela ficaria com o bebê. Pegou a criança no colo e ficou brincando. Ao perceberem a mãe com a irmã mais nova no colo, as gêmeas pararam a refeição, aproximaram-se e começaram a beijar a pequena, dizendo o quanto era linda. O bebê começou a resmungar com a situação e a mãe pediu para as gêmeas mostrarem os brinquedos para a pesquisadora. Elas contaram que tinham muitas bonecas Barbie e os namorados delas, o boneco Ken. Uma das meninas trouxe uma Barbie vestida de noiva e disse que ela seria como a mamãe: “não iria casar”. Ambas deram risadas e a mãe complementou que não precisava de homem naquela casa.

A mãe chamou a filha para perto de si e mostrou a deficiência na mão da menina, *“olha a mão da A. ela só tem dois dedos, mas você vê que ela consegue fazer de tudo”*. Logo em seguida, o bebê começou a chorar e virou o rosto para o seio da mãe, que constatou que ela queria mamar e ofereceu-lhe o seio. A outra gêmea se aproximou e pediu o celular da mãe emprestado para que ela pudesse ver e ouvir vídeos. Sentou-se no braço do sofá, ao lado da mãe e abraçou-a. Ficou do lado que a mãe amamentava; por conseguinte, o som que saía do aparelho estava muito próximo de C., que mamou bem pouco (aproximadamente cinco minutos) e largou o peito.

No período em que a mãe amamentava, a filha mais velha e a outra gêmea estavam sentadas no chão, jogando baralho. Quando C. parou de mamar e viu as irmãs no chão, começou a se mexer. A mãe disse que a filha queria ir brincar com as irmãs. Dessa forma, colocou-a no andador e a criança foi até as irmãs. O espaço da sala era bem pequeno e o bebê foi com o andador em cima das irmãs, atrapalhando o jogo. Uma das irmãs ficou muito brava com ela, pois C. estava andando em cima das cartas e isso as amassava, atrapalhando a brincadeira. Assim, ela empurrou o andador com força para o lado oposto a elas. C. começou a chorar e a mãe ficou brava com a filha, dizendo que a bebê também queria brincar e que ela precisava ter paciência, pois C. não sabia o que estava fazendo. Apesar de a irmã tê-la empurrado para o lado oposto, a criança novamente se direcionou para as irmãs. Nesse intervalo, as meias que C. calçava saíram dos seus pés e a mãe pediu para a filha mais velha colocá-las novamente.

O barulho da casa era intenso, pois a televisão estava ligada, uma das filhas ouvia música no celular e a outra chorava, pois a irmã estava atrapalhando a brincadeira. A mãe tirou C. do andador e a colocou sentada no chão, que era de piso frio. Ficou sentada no

sofá aparando o bebê com as pernas e com o pé. A criança ficou quieta sentada, brincando com os brinquedos das irmãs. Quando uma das gêmeas percebeu ficou brava e tirou-os das mãos de C., que começou a chorar. A mãe pediu para uma das gêmeas pegar, dentro do quadrado, o brinquedo da irmã mais nova. Como a menina não o alcançou, pediu ajuda à mãe que, por sua vez, solicitou que a filha mais velha o pegasse.

A mãe pediu ainda para a filha mais velha pegar um cobertor para colocar no chão, assim C. não ficaria no piso frio. Uma das gêmeas estendeu o cobertor no chão e falou que era preciso ter cuidado, pois o pó fazia mal para a dermatite de C. O bebê ficou no chão brincando com vários brinquedos. O que mais chamou a atenção da criança foi um brinquedo que tocava música. Uma das gêmeas foi até ela e começou a brincar também. Nesse momento deu muitos beijos na irmã, dizendo que ela era linda.

A mãe pontuou a boa relação que existe entre as irmãs, disse que C. já reconhece as irmãs e, quando elas não estão por perto e a mãe as chama, C. vai com o andador até a porta do quarto das irmãs para ver se elas estão lá.

Nesse momento, C. começou a chorar. Uma das gêmeas pediu para pegá-la no colo e a mãe deixou. A menina chorou mais ainda. A irmã mais velha a pegou, sentou-se no sofá e começou a brincar com ela de aviãozinho e de jogar para cima. A criança se acalmou, no entanto, quando C. já estava mais calma, a outra gêmea pediu para pegá-la também e a irmã mais velha não deixou. A gêmea insistiu e começou a chorar.

A mãe comentou que o bebê parece o clone de uma das bonecas das gêmeas e pediu para a filha que estava chorando ir buscar a boneca para mostrar. Ela foi pegar o brinquedo e desistiu da ideia de pegar a irmã. A mãe mostrou a boneca para a pesquisadora e comentou como elas eram parecidas. Disse que aquela era a casa das cinco mulheres e elas não precisavam de homem, pois eram felizes. Mais uma vez uma das gêmeas complementou que não iria se casar.

A irmã mais velha colocou C. no chão para brincar. Uma das gêmeas sentou para brincar com ela. Nesse momento, beijou muito a irmã e ela também a beijou. Ao se aproximar de C., esta tombou para o lado, bateu a cabeça e começou a chorar. A mãe pegou a menina e tentou acalmá-la. Alegou que ela estava irritada e precisava tomar banho. Pediu para a filha mais velha preparar o banho, enquanto ela tirava a roupa do bebê.

Quando a mãe chegou com a bebê no banheiro, uma das gêmeas encontrava-se dentro da banheira do bebê. A irmã mais velha colocou as duas para tomarem banho juntas enquanto supervisionava o banho de ambas. A gêmea lavou o corpo e a cabeça do

bebê. Disse que só não ia lavar o bumbum e as partes do corpo onde a dermatite estava mais forte porque tinha nojo. Assim, a irmã mais velha o fez. Houve um momento em que C. tentou pegar um vidro de shampoo que estava do lado de fora da banheira, acabou escorregando e batendo a cabeça. As irmãs começaram a cantar para ela não chorar. C. acabou se distraindo e não chorou. Assim que a filha mais velha terminou de supervisionar o banho das irmãs, chamou a mãe para pegar o bebê. A mãe o fez e foi para o quarto trocar a criança. Enquanto isso, a outra filha terminava o banho sozinha na banheira.

Ao secar o corpo de C. para trocá-la a mãe passou creme em todo o corpo da filha, dizendo que ela tinha que ficar cheirosa. Apontava outros pontos do corpo em que a dermatite estava mais atacada (pescoço, bumbum e parte da barriga). A criança parecia bem irritada e, por vezes, iniciava um choro curto. A mãe comentou que ela não gostava de colocar fralda e roupa, que parecia filha de índio. Enquanto trocava o bebê, pediu que a filha mais velha pegasse uma caixa de fotografias para mostrar a família. C. ficou deitada pelada na cama e a mãe ia mostrando os retratos. A filha mais velha mostrava as roupinhas da irmã mais nova.

A criança começou a chorar com intensidade e a mãe constatou que ela estava com fome. Assim, colocou a fralda e pediu para a filha mais velha buscar a mamadeira. Enquanto C. mamava a mãe lhe pediu que segurasse a mamadeira sozinha (ajudou-a a segurar o objeto com as duas mãos) dizendo *“olha como ela é precoce, é como a mãe”* e deu risada. Durante o tempo em que a criança mamava, a irmã que tinha tomado banho com ela apareceu no quarto trocada, subiu em cima da cama e começou a ver as fotos. Perguntou onde estava a foto do avô materno. A mãe a pegou e mostrou-lhe. A menina olhou para a foto e disse que não conhecera o avô porque quando ela nasceu ele já tinha morrido. Completou ainda que sentia saudades do avô. A mãe disse que também sentia. O bebê não quis mais a mamadeira, então a mãe ofereceu o seio. Enquanto amamentava, a outra filha começou a pular e a dançar em volta dela.

Mesmo com a irmã pulando e dançando, a mãe conversando e a televisão ligada em volume alto na sala, a criança adormeceu. A mãe a colocou na cama. A irmã permanecia pulando e cantando à sua volta.

A família saiu do quarto, deixando o bebê dormindo sem nenhuma proteção caso rolasse na cama. Todos foram para a sala, onde a pesquisadora se despediu, agradecendo a oportunidade de conhecê-las. As gêmeas pediram para que a pesquisadora as visse dançar um jogo do videogame, com o que ela concordou. As crianças ligaram o aparelho

com a música bem alta (mesmo com o bebê dormindo) e começaram a cantar e a dançar. A pesquisadora assistiu-as por um tempo, se despediu novamente e foi embora. A mãe e as gêmeas a acompanharam até o portão, enquanto a irmã mais velha ficou no apartamento.

6.2.3-Análise da observação da família

Por meio da observação da família temos a oportunidade de conhecer mais de perto a integração entre os membros e um pouco da dinâmica familiar.

Quando a pesquisadora chegou à casa da família, foi recebida na porta do condomínio pelas quatro filhas. A primeira coisa que a filha mais velha disse foi que a mãe não estava em casa. Apesar de ter combinado o encontro com antecedência, chamou-nos a atenção o fato de a mãe não estar presente e ter deixado as filhas sozinhas para receber uma pessoa desconhecida.

Aproximadamente dez minutos depois, a mãe chegou. Ela havia contado para as filhas que a pesquisadora tinha ido à casa da família para dar injeção. Questionamos o motivo de Rita deixar a pesquisadora esperando sozinha com as crianças e dizer que estava até a casa da família para dar injeção. Ficamos com a impressão que ela não estava disponível para receber a pesquisadora.

Ao entrarmos no apartamento, demos-nos conta dos inúmeros barulhos que nos cercavam: televisão, música, crianças que brincavam e por vezes brigavam. Ficamos pensando como seria para um bebê tão pequeno estar num ambiente agitado e com tantos estímulos sonoros.

Por vezes, tivemos a impressão que Clara se irritava com toda aquela “energia” que a casa produzia. A criança não conseguia encontrar um local em que pudesse ficar tranquila, pois toda hora vinha alguém para pegá-la ou beijá-la. Ela denunciava o incômodo através do choro e da agitação motora. Houve momentos em que Rita tentou acalmar a filha e ter um contato mais próximo, mas toda vez que a mãe pegava o bebê ou ia amamentá-lo, as filhas mais novas não “permitiam”, pois sempre se aproximavam da mãe como se pedissem colo também.

Despertou-nos interesse o quanto a mãe não conseguia se dividir entre as filhas e acabava delegando os afazeres para a filha mais velha. Tivemos a sensação de uma mãe sobrecarregada e que ainda está tentando construindo um lugar psíquico para cada filha.

Conforme vimos na entrevista, Rita não só está construindo esse lugar, como duvida da sua capacidade de ser mãe e ter filhos perfeitos. Dessa forma, ela faz questão de mostrar para a observadora os problemas físicos das filhas. Em alguns momentos suas dúvidas transbordam. Assim, a capacidade de contenção em relação às filhas fica prejudicada. Podemos notar essa afirmação nas inúmeras vezes em que Clara cai, bate a cabeça, chora.

Em diversas situações nos indagamos sobre a importância do *holding* para o desenvolvimento psíquico da criança, pois a impressão causada na observação desta família é que falta uma compreensão das situações emocionais e mesmo físicas presentes na infância, o que impossibilita acolher as angústias das crianças.

O momento do banho de Clara e outras situações descritas na entrevista nos despertaram a impressão de que a família tem dificuldades de lidar com as angústias que vão aparecendo. Os sofrimentos não são vivenciados e significados.

Também ficamos pensando sobre como o tempo do desenvolvimento de Clara é pouco respeitado. Rita se refere a seu bebê como “precoce”, uma vez que já segura a mamadeira sozinho. Esta fala nos fez refletir sobre o desejo de que sua filha cresça logo e seja precoce, como a mãe diz ter sido.

Quando a observação terminou, ficamos com a sensação de termos sido “tomados” por todos os estímulos e demandas provenientes da família. Saímos com a percepção de sobrecarga. Então nos lembramos de uma das primeiras coisas que Rita disse no começo da entrevista [...] “*não podia sentar e pensar*”. Supomos que a dificuldade de conter os sofrimentos e demandas que as filhas apresentam são refletidas na dinâmica familiar.

6.2.4-Síntese do caso apresentado:

Ao longo da entrevista e observação da família, a pesquisadora teve a oportunidade de reunir as informações sobre algumas fantasias maternas e parte da construção da parentalidade de Clara.

Ao considerar o conceito de parentalização, que destaca aspectos tais como a história pessoal de cada um dos pais, o projeto de ter filhos, entre outros fatores, notamos que a concepção de Clara não fez parte dos planos do casal. Rita relata que a gestação foi fruto de um relacionamento que ainda estava começando. No decorrer dela, Rita percebeu

que o namorado tinha comportamentos que ela não aprovava e, assim, terminou o compromisso antes mesmo de a filha nascer.

Nota-se no relato de Rita que ela duvidava que poderia ser mãe. Dessa forma, foi testando sua capacidade e teve quatro meninas. Entretanto, duas filhas nasceram com problemas. Assim, a participante se questiona se pode ter filhos perfeitos.

Podemos hipotetizar que as dúvidas e medos citados anteriormente podem estar associados às vivências da primeira infância. A participante elegeu o pai como principal figura de apoio, porém ele faleceu no início de sua adolescência. A mãe, considerada pela literatura pessoa importante para o desenvolvimento emocional da criança, de acordo com a percepção da filha não pôde estar presente e oferecer a continência de que Rita necessitava. Ela enfatizou o quanto se sente sozinha.

A participante cuida das quatro filhas sem o apoio e presença do pai das crianças. Percebe-se uma sobrecarga emocional. Tal excesso pode estar associado ao fato de ela ainda estar construindo um espaço psíquico para cada uma das filhas.

Outro grande desafio vivido por Rita é poder integrar algumas experiências de determinados prismas da sua vida. Por vezes ela relata ter o hábito de não pensar. Tal atitude visa proteger-se de uma possível tristeza. Contudo, o ato de não pensar sobre determinadas vivências acaba tendo consequências na vida pessoal e na criação das filhas.

Rita parecia ansiosa com a entrevista de devolutiva. A primeira pergunta que ela fez a pesquisadora foi se ela era uma boa mãe? Durante o encontro a progenitora mostrou-se atenta as colocações realizadas pela pesquisadora e trouxe novas questões que a afligia.

Foi sugerido um encaminhamento para psicoterapia. Rita demonstrou interesse, disse que ia procurar um profissional.

6.3-Caso: Guilherme

Guilherme é uma criança de dois anos. O diagnóstico de dermatite foi recebido quando ele tinha dois meses.

A família é composta pelos pais: Paulo e Cássia. O casal está se separando e disputa a guarda do filho na justiça.

O primeiro contato realizado com a mãe se deu por telefone; ela foi informada sobre o objetivo e as etapas da pesquisa. Cássia mostrou-se interessada e disponível para

participar, entretanto, afirmou que não gostaria de ter contato com o ex-marido. Por isso, as entrevistas aconteceram em dias diferentes.

Os encontros se deram no consultório da pesquisadora e a observação na casa da família da mãe.

6.3.1- Entrevista com a mãe:

No início da entrevista, a pesquisadora pediu para Cássia falar sobre si. O discurso da participante foi narrado na terceira pessoa. Notou-se certo grau de distanciamento de si mesma e o destaque do mecanismo de defesa de racionalização “[...] *A Cássia quer entender certas situações [...] ela quer entender as atitudes dos seres humanos*” “[...] *A Cássia sempre ... por mais que as coisas estejam ruins, pensa que tudo pode melhorar*”; “[...] *gosto muito de entender as coisas*”. Observa-se que há certa dificuldade de vivenciar as próprias emoções. O distanciamento de si mesma e a busca por explicações coerentes podem ser reflexo do uso do mecanismo de racionalização.

Na tentativa de poder conhecer um pouco mais a entrevistada, a pesquisadora retomou o tema: quem ela é? Entretanto, Cássia falou pouco; dando ênfase à descrição do momento pelo qual estava passando “[...] *A Cássia está se erguendo, está passando por um momento muito ruim, tô pagando um preço muito caro por me doar demais*”; “[...] *tudo o que eu fiz, foi de coração, por puro amor, eu não merecia estar passando por tudo isso, porque só fiz o bem*”. Além do uso da racionalização, observa-se que Cássia se descreve como uma pessoa que se doa muito para os outros, mas tem a percepção de que recebe pouco em troca.

Quando foi investigada a situação por que está passando, a participante disse que está se divorciando. Complementou que o motivo da separação está associado ao uso de drogas por parte do marido, que teve início quando ele tinha dezenove anos. Atualmente, está com trinta e dois. Ressaltou que o envolvimento do casal durou dez anos (entre namoro e casamento). Cássia pontuou que gostava muito do ex- companheiro e que fez tudo para ajudá-lo a sair dessa situação. “[...] *eu gostava muito, eu o amava demais a ponto de me anular*”; “[...] *eu queria que essa pessoa melhorasse, mas tinha horas que ela queria ser ajudada, tinha horas que não queria; eu estava numa corda bamba*”. Pode-se notar que a maneira como a participante estabelece suas relações implica em doar-se

muito. Dessa forma, ela acaba perdendo as próprias referências em função do desejo do outro.

Segundo a participante, outro motivo que suscitou a separação foram alguns hábitos que ela tinha e que incomodavam muito o ex. Descreveu que “[...] *em algumas ocasiões costumo pedir muitas desculpas para os outros, tenho a mania de pedir licença [...] Eu tenho o meu jeito, sou uma pessoa que fala muito obrigada demais; muito dá licença, eu sou assim, é o meu jeito*”.

Discorreu que, apesar das diferenças entre o casal, tentou fazer o relacionamento dar certo. Acrescentou que se doou muito para o marido, que era responsável pelos afazeres domésticos e ainda o ajudava na profissão- D J- mas, segundo Cássia, o marido não compreendia a devoção: “[...] *as pessoas não são gratas, pelo contrário, aquilo que você tenta ajudar se volta contra você, isso dói muito, porque você estica a mão e a pessoa te devolve com um chute. [...] Eu me magoo, eu fico sentida porque a gente quer ver o bem da pessoa, não quer ver as pessoas nos momentos ruins*”. Durante o discurso da participante, notamos o quanto ela deseja ajudar o próximo, mas tem certa dificuldade de vivenciar as próprias dores.

Cássia discorreu sobre o quanto já quis ajudar as pessoas que ama muito. Entretanto, havia momentos em que estas pessoas queriam mudar e momentos em que não queriam “[...] *as atitudes deles eram até como se a gente fosse culpada de alguma coisa*”. Ao investigar sobre quais outras pessoas ela queria ajudar, a participante contou que o irmão também é usuário de drogas e narrou a história familiar.

Ao falar sobre sua trajetória, Cássia pontuou as dificuldades que vivenciou na infância. O pai de Cássia não assumiu a paternidade da filha, a mãe tem problemas psiquiátricos, a participante tem um meio irmão que, desde a adolescência, também é usuário de drogas. Dessa forma, a mãe, o irmão e Cássia sempre moraram juntos com os avós, sendo que estes foram os responsáveis pela criação da neta. “[...] *eu tive meu avô muito próximo, ele foi a base da minha estrutura, da minha vida, foi meu alicerce*”; “[...] *minha avó me ensinou a ser mulher, como se comporta uma mulher*”; “[...] *meus avós foram as minhas figuras de proteção*”; “[...] *fui uma moça de classe pobre, humilde*”; “[...] *eu tive pai e mãe de sangue, aliás tenho, mas meu avô e minha avó foram meu pai e minha mãe*”. De acordo com a vivência da participante, ela teve dificuldades de

diferentes ordens: familiar e financeira. Entretanto, Cássia pontuou que pôde contar com a presença dos avós no desenvolvimento pessoal.

Sobre as lembranças da infância, Cássia complementou que foi uma criança tranquila, que falava pouco e observava muito. Acrescentou que os avós sempre a colocavam a par dos fatos vivenciados pela família “[...] *meu avô e minha avó sempre me falaram o que estava acontecendo e fora isso eu fazia esportes, então não estava focada em ter traumas...*”

Quando questionada sobre a presença da mãe, discorreu sobre o pouco contato com a figura materna e as poucas lembranças dos momentos prazerosos. Enfatizou que não importava a quantidade, mas sim a qualidade dos encontros “[...] *os momentos que ela me levava para dar uma volta na feira da Liberdade, isso me deixava feliz, porque eu sabia que ela estava melhor, porque quando ela não estava bem não existia espaço para ninguém*”; “[...] *teve momentos que minha mãe não estava bem, então era ela quem precisava de ajuda*”. Durante o discurso, Cássia relatou: “[...] *por mais que eu fosse menor e precisasse da ajuda dela, eu já estava sendo amparada pelos meus avós*”. Além das dificuldades emocionais vivenciadas pela mãe (transtorno bipolar), Cássia contou sobre a proximidade entre a mãe e o filho mais velho “[...] *a minha mãe era um pouco distante, ela tinha que dar mais atenção para o meu irmão*”. A participante atribui a ligação ao fato do irmão usar drogas desde o início da adolescência. Narrou que sempre via a mãe ajudando muito o irmão em tudo que ele precisava “[...] *ele precisava de uma calça, de um tênis, precisava disso ou daquilo, era só meu irmão*”.

No decorrer da conversa, Cássia se comparou à mãe. Disse que ambas só pensaram em ajudar o próximo. Dessa forma, se anularam, dedicaram-se ao outro e a vida foi passando “[...] *passou dez anos da minha vida e agora que eu tô dando uma levantada, como se diz; eu deixei escapar dez anos, como eu não me vi nesses dez anos da minha vida?*”

Quando questionada sobre como foi a ideia de ter um filho, Cassia apontou que não fazia parte dos seus planos ser mãe. Discorreu sobre as responsabilidades que a mãe deve ter. Entretanto, no final da fala, disse que qualquer mulher gostaria de ter um filho. Enfatizou que acreditava que não era capaz de assumir as responsabilidades. “[...] *não dá para você falar de uma hora para outra não quero mais, vai lá e vende, filho você tem que assumir*”; “[...] *tem que ser capaz de assumir, dar o melhor que você pode...*”; “[...]

a mulher é uma máquina especial, é ... é ... um ser iluminado de fazer isso. Você conseguir gerar um coração, gerar um corpo... é uma coisa lindíssima, mas eu via que era uma coisa muito séria, que exigia responsabilidade...” Nota-se que a participante possui um registro dos cuidados maternos constituído de forma frágil; ela associa a maternidade às responsabilidades e acredita ser pouco capaz de assumir o compromisso. Hipotetiza-se que tais percepções podem estar associadas à relação com sua própria mãe. Cássia descreve que, de acordo com sua percepção, a interação entre mãe e filha foi marcada pela distância emocional.

Além de acreditar que um filho exigia muita responsabilidade, Cássia apontou que sempre teve a menstruação muito irregular. Complementou que o ciclo variava. Sendo assim, chegou a ficar três meses sem menstruar. Quando indagada se havia procurado um médico para investigar o problema, a participante disse que não. Atribuiu a inconstância do ciclo à convivência com o marido “[...] *eu passava por uma situação muito estressante: conviver com uma pessoa viciada [...] era muito difícil.*” Podemos supor o quanto é difícil para Cássia se aproximar das questões ligadas ao feminino.

Narrou que descobriu a gravidez no sexto mês de gestação. Pontuou que durante esses meses não sentiu quase nada, apenas uma ligeira vertigem, entretanto, não associou o sintoma à gravidez. Mesmo assim, procurou por um médico e quando soube da notícia ficou surpresa “[...] *o Paulo e eu ficamos paralisados, foi um choque*”; “[...] *A médica disse: vocês vão ser pais, já está tudo pronto*”. Cássia enfatizou o susto que levou, pois acreditava que quando uma pessoa engravida tem alguns sintomas típicos “[...] *não tive enjoos de nada [...] não desmaiei*”. Novamente vemos certo distanciamento entre Cássia e seu próprio corpo. A gestação só pôde ser aceita conscientemente no sexto mês. Através do discurso da participante, percebemos que as referências que ela construiu acerca da gravidez estão associadas aos sintomas desconfortáveis: enjoos, desmaios. Outro aspecto que se destaca é o susto que a participante levou ao descobrir que iria ser mãe. Cássia acrescentou que, além do sobressalto que a notícia provocou, o casal ficou com muito medo da reação dos familiares, em particular da família de Paulo.

Quando foi indagada sobre quais eram os medos, falou que tinha preocupação de eles opinarem muito e, de acordo com a visão da participante, foi o que aconteceu, tanto na gestação quanto após o nascimento do bebê. Discorreu sobre várias passagens para ilustrar o fato: “[...] *minha sogra queria comprar todo o enxoval, cada dia aparecia com*

uma coisa nova, acredita que foi ela quem escolheu o protetor do berço?!" Prosseguiu discorrendo sobre o convite que recebeu da sogra para se hospedar na casa dela após o nascimento do neto. De acordo com a proposta, Cássia e o bebê ficariam na residência da avó paterna para que ela pudesse cuidar da nora. A participante ficou feliz com o convite, pensou que seria prazeroso alguém para cuidar dela nesse momento após a cirurgia. Contudo, demorou certo tempo para confirmar o convite, pois já havia percebido o quanto a mãe de Paulo interferia no relacionamento. Disse que a mãe ligava para saber se o filho havia comido, o que ele tinha ingerido, entre outras coisas. Apontou que o marido e a mãe não haviam rompido a relação inicial *"[...] ela não cortou o cordão umbilical"* *"[...] ela queria que eu fizesse o papel de mãe do Paulo"*. Prosseguiu afirmando que não concordava com as ideias da sogra, por conseguinte, o relacionamento de ambas era marcado por um tom distante e cordial. Em decorrência desses fatos, demorou para dar a resposta ao convite, então a sogra a intimou e falou *"[...] Olha, Cássia, você precisa se decidir se vai ficar na minha casa porque eu tenho que fazer a lista de convidados que irão visitar vocês"*. A participante se espantou com a fala e perguntou quem eram esses convidados: nos planos da sogra, familiares e amigos iriam até a residência para visitar a criança. Cássia relatou que ficou constrangida diante da ideia da sogra, disse que havia entendido o convite de forma errônea, pensava que a sogra ia cuidar dela e do neto, ia deixá-los quietos no período de recuperação, entretanto, ela queria apenas apresentar o neto aos amigos e familiares. Cássia tentou recusar o convite dizendo que, depois do nascimento do filho gostaria de poder ficar com ele de maneira sossegada, a fim de se conhecerem. A mãe de Paulo disse que a nora não ia ter trabalho, que ela podia ficar no quarto descansando enquanto a sogra levava o neto para as visitas conhecerem. Diante da situação, a participante agradeceu, mas recusou o convite. A sogra ficou muito insatisfeita.

Cássia enfatizou que vivenciou dificuldades emocionais na gestação, como foi abordado acima, no parto e puerpério. Em relação ao parto, a participante disse que o obstetra não definiu a data aproximada para a chegada do bebê. Assim sendo, o casal foi muitas vezes ao hospital para realizar exames. Em uma dessas consultas de rotina, a participante soube que o filho iria nascer naquele dia. Cássia relembrou o susto que levou ao saber da notícia *"[...]aí foi outro susto, a gente se perguntou como? [...]a gente não estava preparada, levava a mala e tudo mais, mas não estávamos preparados psicologicamente para o nascimento"*. A literatura aponta que as quarenta semanas de

gestação são importantes, e não apenas para o desenvolvimento físico do bebê. Durante esse período, a mãe também se prepara psicologicamente para a chegada da criança. Do ponto de vista consciente, Cássia não desejava ter filhos, mas acabou engravidando. Soube da gestação no sexto mês. Dessa forma, podemos compreender que, de acordo com sua fala, talvez ela precisasse de mais tempo para elaborar todas essas mudanças.

Cássia deu sequência à narrativa afirmando que passou muito mal durante a cirurgia, pois teve reação à anestesia. Durante a cesárea tremeu muito, não conseguia se controlar, o corpo se movimentava dos pés à cabeça. “[...] *Naquele momento só pedia a Deus para não morrer [...] Eu pedia para Deus para Ele não me levar, para que Ele não tirasse esse gosto de ser mãe*”; “[...] *eu só pedia a Deus que eu não fosse embora, eu queria ficar, eu falava deixa eu ficar para ter um pouco do gosto de ser mãe*”. Aos poucos a situação foi se normalizando e Cássia ficou bem, foi para a sala de pós-parto e pôde conhecer o filho. Observa-se que, de acordo com o relato da participante, a maioria das vivências que giram em torno do período de gestação ao nascimento do bebê foram marcadas por angústias. A participante aponta o medo de morrer no parto. Podemos imaginar que, além do medo da morte, ela possa estar se referindo a primeira separação real do bebê e as suas fantasias de não ser uma boa mãe.

Quando foi indagada sobre como foram as primeiras vivências com o bebê, a participante contou que foi uma experiência fantástica “[...] *um amor puro, um amor lindo*”; “[...] *ele mamando é ... procurando o alimento que era meu seio, meu leite, era muito bonito, fascinante de se olhar*”; “[...] *você vê o bebê pedindo a ajuda da mãe, pedindo o leitinho, o colo, ver como ele se acalmava*”. Descreveu a maternidade como “*algo fantástico*”. Apesar da relação de proximidade descrita por Cássia, ela pontuou que houve muitas coisas que teve que aprender com as enfermeiras e outras mães que também estavam internadas “[...] *eu pedia informação para as enfermeiras, pois o Guilherme chorava bastante e mamava muito*”. Vemos que, depois do nascimento do filho, a participante narra a maternidade como “*algo fantástico*”. Nota-se certa dose de idealização. Pode-se hipotetizar que Cássia utilizou-se do mecanismo de defesa referido acima para se haver com as dificuldades que enfrentou para aceitar a gestação.

Ao investigar sobre a presença do marido nos cuidados com o filho, ela apontou que, apesar dos apelos da esposa para ele parar de usar drogas, Paulo continuava usando. Enfatizou que ele não tinha uma rotina, acordava às três da tarde, ficava um pouco com

o filho, depois ia jogar basquete. Ele apenas comprava os itens de necessidade da casa e do filho. Nunca a ajudou a dar banho, trocar fraldas, dar papinha. Cássia falou que, além de cuidar do filho e da casa, tinha que ficar “fiscalizando” o uso de drogas do marido “[...] *era muito difícil, eu me sentia sobrecarregada*”. “[...] *eu tinha duas crianças em casa, o meu filho dava menos trabalho que o meu marido*”.

Acrescentou que, depois do nascimento do filho, as despesas da casa aumentaram. Além disso, o ex-marido estava trabalhando menos “[...] *toda grana que ele ganhava tocando nas festas ele investia em disco de vinil. Cada disco custa duzentos, trezentos reais [...] se você for pôr no papel a gente não podia gastar, dava para se manter mais ou menos, só que ele sempre queria comprar as coisas e acabava esquecendo da casa, a gente vivia no vermelho*”. Cássia complementou “[...] *como ele não tinha dinheiro suficiente, recorria aos pais*”. Dessa forma, conforme a percepção de Cássia, a sogra sentia que tinha mais espaço para opinar na educação do neto e isso incomodava muito a participante. Segundo Cássia, o uso de drogas do ex-marido, somado às intromissões da sogra resultaram na separação do casal e na disputa pela guarda de Guilherme. De acordo com a percepção da participante, a família do marido acredita que o fato de eles terem dinheiro vai contribuir para que consigam obter a guarda da criança. Entretanto, aponta: “[...] *eles não vão conseguir, eu cuido muito bem do meu filho*”. “[...] *Toda vez que ele vai visitar o pai ou os avós a dermatite dele piora significativamente*”.

Ao ser questionada sobre o diagnóstico de dermatite atópica do filho, a participante mencionou que, no segundo mês de vida, a criança estava com muitas cascas na cabeça e uma grosseira no rosto e na barriga. No começo apenas colocou uma luva na mão da criança, pois acreditava que iria melhorar. No entanto, passaram alguns dias e a situação só piorava. Sendo assim, os pais decidiram levar a criança ao médico e foi quando souberam da afecção. De acordo com as prescrições médicas, o bebê só poderia usar sabonete de glicerina, não podia usar talco, perfume, óleo; as roupas dele deveriam ser lavadas com um sabonete especial para roupas finas. Foi questionado à participante se alguém na família também tinha o quadro de dermatite atópica. Cássia pontuou que não sabia de ninguém em nenhum dos lados. Atribuiu o quadro ao uso dos produtos de higiene com que a sogra presenteou o neto. A participante contou que quando ganhou o kit de higiene teve algumas apreensões; se os produtos fariam bem para a criança. Comentou com a sogra que iria usá-los quando o filho estivesse maior, porém a mãe de

Paulo disse que os produtos eram bons, que havia pesquisado com as amigas que tinham netos e insistiu no uso. Cássia usou-os. De acordo com a percepção da participante, os sintomas tiveram início logo em seguida.

Foi questionado se Cássia percebia quando o quadro se agravava. Ela apontou que ligava a acentuação do sintoma à alimentação ingerida pela criança e quando ela ficava exposta a odores muito fortes. Exemplificou que, quando a sogra ia visitar a família, usava muito perfume, assim, quando ela pegava a criança, beijava, abraçava e se esfregava no neto, a dermatite piorava. De acordo com o relato da participante, os pais de Guilherme até chegaram a falar com a avó sobre o uso de perfume, entretanto, ela não entendia “[...] *a gente deu vários toques nela, às vezes ela não entendia, ou fingia que não entendia, não sei ao certo*”.

Cássia prosseguiu a fala apontando o quanto precisava cuidar da saúde do filho. Quando a pesquisadora inquiriu sobre como eram esses cuidados, Cássia disse que tinha que se preocupar com a alimentação da criança e com os produtos que usava no filho e também na limpeza da casa, pois tudo isso interferia no diagnóstico. Acrescentou que “[...] *o Guilherme é super branquinho, tem a pele muito sensível. A gente tem que cuidar, tem que cuidar e ponto final!*” Enfatizou que todas as vezes que o filho passava o final de semana na casa do pai, voltava com a dermatite atacada “[...] *é batata, ele vai bem e volta mal.*” Pontuou, ainda que, assim que a criança voltava para casa, ela a levava ao médico para que este fizesse um atestado sobre como estava a severidade da afecção. Disse que vai juntar todos esses atestados e anexar no processo de disputa da guarda “[...] *depois que eu juntar essas provas, vou colocar no processo, quero ver se eles vão ficar com a guarda. [...] a dermatite do Guilherme é emocional, toda vez ele vai bem e volta atacado, isso não é normal*”. Cássia perguntou se a pesquisadora gostaria de ver todos os atestados e receitas médicas do filho, assim teria como comprovar o quanto era sério tudo o que ela estava dizendo. A pesquisadora disse que não era preciso. Em seguida, a conversa foi encerrada. Quando estava saindo do consultório a participante perguntou quando seria a vez do ex-marido falar. Advertiu à pesquisadora que Paulo tinha o hábito de distorcer as informações. Sendo assim, aconselhou que era preciso ter cuidado.

Ao longo da narrativa de Cássia podemos notar o esforço da participante em superar os obstáculos que vivenciou ao longo de sua história. Por vezes observa-se que, para dar conta das dificuldades, ela busca encontrar explicações coerentes e se distancia

dos fatos. Pode-se hipotetizar que a participante se preocupa muito em cuidar das dores alheias para não enfrentar a sua própria. Supõe-se que esta forma de defesa foi eleita para dar conta da sua própria história de vida que contou com a ausência paterna e pouco contato com a mãe. Cássia fala deste pouco contato em decorrência da doença materna e da ligação da mãe com o irmão mais velho, usuário de drogas. Contudo, a participante casa-se com um homem que tem uma forte ligação com a mãe e também é usuário de drogas. Quando questionada sobre o desejo de ter filhos, narra que não fazia parte dos seus planos, pois acreditava que tinha poucos recursos emocionais para vivenciar a maternidade. No entanto, a gravidez aconteceu e mais uma vez vemos a repetição de certo distanciamento, dessa vez do próprio corpo, pois ela só pôde saber conscientemente que estava grávida no sexto mês de gestação. Apesar da maternidade não fazer parte seus planos, ela acontece, e Cássia narra sobre as qualidades e idealizações do seu filho. Faz-se interessante pensar que a participante conta que não teve pai e escolheu para pai do seu filho alguém que também não está totalmente disponível para a paternidade. A participante narra que, durante um tempo, teve que cuidar de duas crianças. Dessa forma, nos indagamos que espaço existe para a parentalização do filho. Cássia destitui o ex-marido da posição de pai e o equipara a um filho.

6.3.2-Entrevista com o pai.

De acordo com o pedido de Cássia, a entrevista com Paulo aconteceu em um dia diferente. A pesquisadora marcou um primeiro encontro, entretanto, Paulo não compareceu e não justificou a ausência. Numa segunda tentativa, o pai de Guilherme pontuou que não tinha muito tempo disponível, mas aceitava conversar com a pesquisadora, pois estava preocupado com a saúde física e emocional do filho.

O encontro se deu no consultório da pesquisadora. Conforme descrito na metodologia, a entrevista tinha duração de aproximadamente uma hora, no entanto, Paulo foi sucinto nas respostas e a conversa foi encerrada depois de aproximadamente quarenta minutos.

Assim que a entrevista começou, Paulo apontou que estava muito preocupado com o filho, pois achava que a criança estava com uma aparência abatida e a dermatite havia piorado muito. Foi questionado desde quando ele tinha percebido essas mudanças e o pai contou que a afecção foi detectada aos dois meses de idade, mas antes era mais controlada

e não se intensificava com tanta frequência. Ressaltou que a saúde da criança piorou depois da separação do casal e a mudança da ex- esposa e do filho para a casa dos familiares de Cássia.

A pesquisadora pediu para o entrevistado contar sobre o relacionamento com Cássia e a ideia de ter um filho. Paulo narrou que trabalha como DJ, toca em muitas festas, mas havia uma casa noturna em especial que ele se apresentava semanalmente. Foi nesse local que o casal se conheceu. Acrescentou que viu a moça na pista de dança e se apaixonou à primeira vista. Foi até ela para conversarem e acabaram ficando. Disse que ligou para Cássia muitas vezes depois daquela noite, pois queria continuar saindo com ela. No começo, ela relutou um pouco. O casal não se via com tanta frequência, mas depois de dois meses, já estavam morando juntos. Paulo narrou que naquela época tinha acabado de ganhar um apartamento dos pais, sendo assim, convidou Cássia para morar lá também e ela aceitou. Prosseguiu dizendo que tal fato fugiu totalmente dos padrões da família dele, pois os pais imaginavam que ele fosse conhecer alguém, namorar, noivar e depois casar, entretanto, o envolvimento se deu de outra forma “[...] *nós [nos]conhecemos, namoramos e casamos em dois meses, foi tudo muito rápido*”.

Ao ser indagado sobre como as famílias reagiram diante da decisão do casal, o participante disse que, naquela época, Cássia tinha pouco contato com a família de origem. De acordo com Paulo “[...] *a família de Cássia não seguiu uma ordem muito boa, seu pai a rejeitou, o irmão está internado em uma clínica de reabilitação para pessoas que usam drogas pesadas e a mãe tem problemas psiquiátricos*”. Complementou que as pessoas mais próximas da companheira eram os avós. Disse ainda que, no começo do relacionamento, a ex-esposa não falava com a própria mãe “[...] *ela era estúpida com a mãe e evitava qualquer vínculo*” Sendo assim, foi ele quem incentivou a ex-esposa a retomar o contato. Quanto inquirido sobre as reações da família do participante, Paulo relatou que os pais ficavam felizes quando ele estava feliz, sendo assim, Cássia foi muito bem- vinda. Pontuou a boa relação entre a ex-esposa e os seus familiares “[...] *eu tenho mais uma irmã, mas a Cássia era como se fosse a segunda filha para minha mãe, elas viviam juntas*”; “[...] *apesar de nós termos a nossa casa, vivíamos na casa dos meus pais, todos se davam muito bem*”. Notamos que Paulo mantém relações muito próximas com os pais, parece haver pouca diferenciação entre eles. De acordo com o discurso do

participante, os pais ficam felizes quando veem o filho feliz. Ele aponta que, mesmo tendo seu próprio lar, passava muito tempo na casa dos pais.

A pesquisadora pediu para o participante contar sobre a convivência do casal. De acordo com Paulo, no começo do envolvimento, ambos se davam muito bem, mas de vez em quando percebia Cássia um pouco confusa. A entrevistadora pediu que ele falasse mais sobre essa percepção, Paulo exemplificou “[...] *uma vez estávamos andando e de repente ela simplesmente começou a correr, eu não entendi o motivo, fui questionar e ela simplesmente alegou que teve vontade de correr*”. Acrescentou ainda que, por vezes, a companheira mudava o humor sem nada ter acontecido, mas ele aguentava a situação, pois gostava muito dela “[...] *nos primeiros anos do nosso relacionamento nós eramos muito felizes; a situação mudou radicalmente depois que Cássia descobriu que estava grávida*”. Percebe-se que Paulo associa as mudanças no relacionamento com a descoberta da gravidez. É interessante refletir o motivo da dinâmica do casal se alterar na presença de uma terceira pessoa.

A entrevistadora pediu para Paulo contar sobre como surgiu a ideia do casal de ter filho. O participante narrou que sempre gostou muito de crianças e que os pais viviam pedindo um neto para o filho, no entanto, não fazia parte dos sonhos da ex-esposa ser mãe e ele a respeitava. Acrescentou que o tipo de vida que o casal tinha não “comportava” uma criança. Relatou que houve uma época em que Cássia estava apresentando comportamentos diferentes, irritava-se com facilidade, chorava com frequência, sendo assim, o ex-esposo desconfiou da possível gravidez e contou sua percepção à companheira. Contudo, de acordo com a fala de Paulo “[...] *Cássia reagiu mal a essa ideia e falou que era impossível isso acontecer*.”. Ao prosseguir o discurso, o participante narrou que tempo foi passando e ele tinha cada vez mais certeza sobre a gravidez. Apontou uma passagem em que ele tentou passar a mão na barriga de Cássia, mas ela reagiu de forma muito negativa “[...] *eu sabia que ia ser pai, tinha certeza, queria construir um relacionamento com meu filho desde a gestação, mas a Cássia quase me bateu quando me aproximei da barriga dela*”. Nota-se que, diferente da esposa, Paulo se atentou para a gravidez antes mesmo de ela ser confirmada. Pode-se hipotetizar que tal percepção estaria associada ao fato de que, para o participante, a ideia de ter um filho não era distante como para a ex-companheira.

Paulo disse que a ex-esposa só aceitou a sugestão de ir ao médico em um certo dia em que ela estava passando muito mal, sentia muita vertigem. Dessa forma, o ex-companheiro forçou-a a ir até o pronto-socorro. Disse que lá eles fizeram alguns exames e a gravidez foi confirmada “[...] a Cássia só acreditou mesmo quando ouviu o coração da criança batendo”. Apontou que a ex-esposa ficou muito assustada com a notícia e, de certa forma, ele também se surpreendeu “[...] uma coisa era eu achar que ela estava grávida, outra coisa era saber que o fato era verdadeiro e que meu filho ia nascer dali a três meses. [...] acho que a gente teve pouco tempo para processar essa ideia, tudo passou tão rápido!”

O participante disse que sua família ficou muito feliz com a novidade. Pontuou que a mãe quase “enlouqueceu” “[...] toda semana ela chegava com um monte de presentes para o Guilherme. [...] a gente até chegou a dar um toque, que não precisava ficar comprando tantas coisas, mas ela disse que queria colaborar, pois tínhamos pouco tempo até o bebê nascer”.

Acrescentou que, depois da descoberta da gestação, a ex-companheira mudou radicalmente o jeito de ser “[...] eu não reconhecia mais a Cássia, ela começou a implicar muito com a minha família, achava que eles se intrometiam demais”; “[...] eu não sabia muito o que fazer, de um lado, era a minha esposa que estava grávida do meu filho, de outro lado eram os meus pais, que sempre sonharam em ser avós, além disso, me ajudavam nas contas do mês.” ; “[...] uma coisa que era para ser super bacana, a chegada de um filho, se transformou no meu maior tormento, eu ficava dividido, entre eles”. Assim como a ex-esposa, Paulo aponta as angústias que vivenciou durante a gestação do filho.

Durante a gestação houve o estremecimento das relações entre Cássia e a família do marido. Nessa época, a ex-companheira se aproximou da família de origem. Paulo complementou que toda a distância que a companheira tinha da família se desfez. “[...] ela só queria ficar perto dos avós, até da mãe dela com quem ela não tinha uma boa relação, ela passou a ter. [...] eu passei a não reconhecer mais minha ex-mulher”.

Sobre o nascimento do filho, Paulo contou que o casal não sabia exatamente qual seria a data do parto. No final da gestação iam ao hospital quase todos os dias, até que teve uma vez em que Cássia ficou internada e os médicos disseram que iriam fazer a

cesárea “[...] *eu fiquei eufórico, queria ligar para a minha família para eles irem até o hospital, mas a Cássia não deixou, disse que não queria ninguém lá*”. Acrescentou que a ex-companheira teve uma reação à anestesia na hora do parto. De acordo com o participante, ela quase morreu “[...] *eu fiquei com muito medo de perder a mãe do meu filho, tanto que quando tiraram o Gui da barriga dela eu nem curti o menino, pois estava preocupado com a situação da Cássia*”.

Sobre as primeiras vivências com o filho, Paulo contou que a ex-esposa ficou obcecada pela criança, não deixava ninguém chegar perto do bebê. Nem mesmo ele podia ficar com o bebê no colo por muito tempo. De acordo com a fala do participante, “Cássia desenvolveu grande receio pela família dele” “[...] *meus pais tinham dia e horário para visitarem o neto*”; “[...] *chegava uma hora da visita em que a Cássia simplesmente saía de perto de todos e dizia que ia colocar o Guilherme para dormir*.” Relatou que ninguém entendia as atitudes da ex-esposa, entretanto, ele pedia aos familiares para terem compreensão, pois se tratava da sua mulher e do seu filho. Disse ainda “[...] *eu aguentei muita coisa para poder ficar ao lado dos dois*”. Como em outras passagens, Paulo aponta as diversas divisões emocionais que vivenciou: ficar com a esposa ou ao lado da família; estar feliz com a chegada do filho e o medo de perder a esposa.

O pai de Guilherme disse que a família preparou um quarto lindo para o bebê, porém, desde o nascimento, a mãe colocava o filho para dormir na cama do casal. Conforme a criança foi crescendo, o pai tinha medo de durante o sono virar em cima do filho e mudou-se para o outro quarto. De acordo com a percepção dele, a proximidade entre Cássia e o bebê, somada à distância que ela impunha entre o casal, resultaram no afastamento do cônjuge.

Com o decorrer do tempo, as brigas entre o casal foram ficando cada vez mais intensas. Houve um dia em que eles brigaram muito e o Guilherme não parava de chorar. “[...] *acho que meu filho ficou assustado com toda aquela situação, a gente gritava, quebrava objetos*”. Paulo conta que, naquele dia, estava com a cabeça cheia e decidiu sair para dar uma volta. De acordo com o participante, ele ficou aproximadamente um dia sem voltar para casa. No outro dia, quando percebeu que estava melhor, voltou. Cássia havia trocado a fechadura da casa “[...] *olha como ela é, o apartamento era meu, ela não me deixava entrar nem para ver meu filho! [...] eu fiquei muito bravo, fui até a polícia, fiz um boletim de ocorrência, minha família acionou um advogado que entrou com um*

mandato para ela sair do apartamento, aí ela foi morar com a família dela e a gente se separou”. Paulo complementou que o casal está disputando a guarda do filho na justiça, pois, de acordo com a sua percepção, acredita que Cássia e a família dela não têm condições de cuidar da criança.

O participante apontou que, atualmente, pode ter contato com o filho a cada quinze dias, mas que cada vez que o vê fica mais indignado, pois acha que ele está emagrecendo, com a dermatite atacada. Paulo, na sequência, disse que tinha que interromper a entrevista, pois tinha um compromisso logo em seguida. A pesquisadora perguntou se eles poderiam marcar mais um dia para terminarem a conversa, o participante concordou com a ideia, dizendo que entraria em contato para determinar o dia e o horário. Contudo, ele não ligou e também não atendeu os telefonemas da pesquisadora.

A ideia de fazer a entrevista está associada à possibilidade de conhecer um pouco mais sobre determinados aspectos da vida do participante, tais como: história de vida, relacionamento com os pais, como surgiu a ideia de ter um filho, entre outras coisas. No entanto, o participante, por vezes, demonstrou certa inquietação. Em alguns momentos olhava o relógio e acelerava a fala, não permitindo que a pesquisadora abordasse mais temas. Foi Paulo quem iniciou e direcionou a conversa: chegou relatando sua preocupação com a saúde física e psicológica do filho, deu sequência na história da família e sinalizou que tinha um compromisso, encerrando a entrevista. Durante a conversa pudemos perceber alguns aspectos interessantes. O participante mencionou o quanto gostava da ex-esposa, narrou muito sobre a interação do casal. Paulo pontuou que sempre gostou muito de crianças, mas não pensava em ter filhos, pois respeitava o desejo da esposa. Notamos que, apesar de conscientemente concordar com a opção da ex-companheira, foi ele quem descobriu a gestação. O participante apontou que teve pouco tempo psíquico para assimilar a notícia. Paulo destacou também a mudança de comportamento da ex-companheira depois da chegada do filho. Disse que esse fato, somado às intromissões familiares, resultaram na separação do casal. Apontou que soube do diagnóstico de dermatite atópica do filho aos dois meses, mas atribui a acentuação dos sintomas a separação do casal. Por vezes a pesquisadora teve a impressão que os problemas da conjugalidade estão se sobrepondo a parentalidade, pois Paulo aceitou participar da entrevista para falar sobre o filho, no entanto, deu mais ênfase a história e divergências do casal.

6.3.3-Descrição da observação da família

Entramos em contato por telefone com a mãe de Guilherme para podermos dar sequência no trabalho e realizar a observação. Conforme descrito na metodologia, a pesquisadora disse que essa etapa poderia acontecer tanto no consultório da pesquisadora como na casa da família. A princípio Cássia optou pela realização do evento no local de trabalho da pesquisadora, dessa forma, elas combinaram o dia e o horário. Na mesma semana a participante ligou para relatar que o filho estava doente, sendo assim, preferiria que a observadora fosse à casa da família.

Quando a pesquisadora chegou à casa da família, foi recebida pela bisavó de Guilherme. Ela disse que a neta estava no quarto, assim, a levaria até lá. Enquanto caminhavam até o dormitório de Cássia, a senhora pediu para não reparar na casa, pois a construção era antiga e precisava de alguns reparos. Acrescentou que a família estava se organizando financeiramente para fazer uma reforma, mas ainda não tinha sido possível iniciá-la.

Ao chegar no quarto, a participante estava sentada na cama, com o filho no colo. Disse que ele havia acabado de pegar no sono, sendo assim, aproveitou para realizar a inalação na criança, pois o menino não gostava fazê-la, sempre chorava muito. Cássia pediu desculpas por fazer a pesquisadora ir até a casa da família. Acrescentou que preferia que o encontro fosse no consultório, mas, devido a bronquite do filho, tinha achado melhor não sair, pois como não possuía carro teria que utilizar transporte público e andar no sol quente e esses fatores poderiam piorar a saúde da criança.

A participante contou que, depois da separação, tinha voltado a morar na casa dos avós. Apontou que na residência habitam: os avós, a mãe da participante, um tio, ela e o filho. Mais uma vez, como na entrevista, Cássia pontuou o quanto queria ter uma casa para ela e para filho. Disse que era imensamente grata à família por tê-la acolhido novamente, mas enfatizou que precisava de um lugar só para ela e o bebê, assim conseguiria cuidar do filho à sua maneira.

Cássia convidou a observadora para sentar-se na cama, assim elas poderiam conversar enquanto o filho dormia. Acrescentou que aquele era o lugar mais calmo da casa, onde, ela passava grande parte do dia com o filho. Disse que quando se separou do

ex-marido e saiu do apartamento pôde levar apenas as roupas dela e as da criança. Narrou que Paulo não permitiu que ela levasse nenhum brinquedo, dessa forma, a família materna a ajudou financeiramente para comprar brinquedos novos. Pontuou que os atuais eram bem simples, haviam sido comprados nas lojas da rua 25 de março. A participante disse que, após a mudança, a criança ficou alguns dias sem ter nada para fazer, pois não tinha nem uma bola no novo lar. Prosseguiu o relato dizendo que quando chegou em casa com as novas aquisições acreditava que o filho fosse gostar muito e brincar, mas ele não deu a menor importância. A participante apontou que, desde que o filho nasceu, ela colocava uma girafa de pelúcia ao lado da criança enquanto ela dormia, mas que este objeto, assim como os outros, estavam no apartamento antigo. Disse que nos primeiros dias após a mudança a criança apresentou dificuldade de pegar no sono sem a girafa e chorava, pedindo o Bubu.

Assim que terminou a inalação, Cássia tentou colocar o bebê na cama, mas ele acordou e começou a chorar. Ao ouvir choro do neto, a mãe da participante, foi até o quarto e falou para a filha dar um banho e mamadeira à criança. Cássia disse que sabia o que tinha que fazer, que a mãe não precisava se preocupar. Pegou o filho no colo e começou a andar com ele pelo quarto, enquanto cantava uma canção de ninar. Disse que o filho só dormia no colo e que ia tentar fazê-lo adormecer novamente, pois estava muito “chatinho” devido a bronquite. Enquanto Cássia ninava a criança, ela chorava mais forte, mexia os braços e as pernas, como se relutasse em voltar a dormir. Apesar de perceber a resistência do filho, a mãe insistiu mais um pouco, mas chegou à conclusão que ele não queria, sendo assim, colocou o menino em cima da cama e ofereceu alguns brinquedos. A mãe de Cássia voltou ao quarto trazendo um potinho com banana amassada e tentou dar ao neto. Neste momento, Cássia ficou brava com a mãe, disse que preferia dar mamadeira, mas apenas iria oferecê-la à criança após o banho. Depois que a mãe saiu do quarto, Cássia pontuou que a avó ficava muito em cima do neto, queria fazer de tudo, mas ela não gostava dessas atitudes, pois era ela quem conhecia as necessidades do filho.

Enquanto a criança brincava, Cássia estava ao lado dela. Assim que Guilherme pegava um objeto, a mãe oferecia outro. Dessa forma, tirava o brinquedo da mão do filho. O objeto que mais chamou a atenção do bebê foi um jogo de encaixe, em que a criança tinha que colocar um potinho dentro do outro. Conforme pegava um potinho, a mãe dizia a cor do objeto *“isso Gui, o laranja cabe dentro do vermelho e o vermelho dentro do*

amarelo, parabéns”. A criança estava envolvida na atividade, no entanto, a mãe pontuou que era hora de ela tomar banho. Sendo assim, guardou os brinquedos. Enquanto a mãe tirava a roupa da criança, ela chorava muito, relutando em ser despida. Cássia disse que o filho *“devia se comportar, pois tinha uma psicóloga vendo ele chorar, que ele estava fazendo muita feiura, que crianças bonitas eram boazinhas”*. Cássia convidou a observadora para assistir o banho do filho. Ao chegar no banheiro o menino viu uma pequena bola colorida. Enquanto a mãe preparava o banho (colocava água na banheira), Guilherme foi até a bola. A mãe advertiu o filho que precisava limpar o brinquedo antes de ele pegá-lo, pois o banheiro era um local sujo. Sendo assim, mais uma vez tirou o brinquedo da mão do filho e foi lavá-lo. A criança protestou com um choro prolongado e alto. Cássia disse ao filho que só ia limpar a bola e já a devolveria, que não precisava fazer todo aquele escândalo. O bebê chorou bastante durante o banho. Para tentar distraí-lo, a mãe ofereceu outro brinquedo. Enquanto a criança estava na banheira e se divertia com o objeto, a participante pediu que a observadora aguardasse ali, pois ela ia até a cozinha preparar a mamadeira do filho. Quando o bebê percebeu que a mãe não estava no recinto começou a chorar e a chamar por ela. Cássia foi até o filho e disse que não havia sumido, tinha apenas ido buscar a mamadeira. Ao ver a mãe a criança se acalmou um pouco e parou de chorar.

Quando terminou de dar o banho, a participante levou o filho para o quarto para trocá-lo. Mais uma vez o menino chorou, pois não queria colocar roupas. Nesse momento, a mãe disse ao filho que ele não tinha querer, precisava vestir-se e ponto final. A criança esperneava e chorava enquanto era trocada. Cássia falou que *“precisava trabalhar essas birras do filho, pois se não controlasse isso agora, a criança poderia crescer como o pai, que acha que pode fazer o que tem vontade”*. Acrescentou que está pesquisando como se administra as situações em que a criança desobedece, pois tem medo de ser muito severa ou ser flexível e não punir o filho. Complementou que era assim que os pais de Paulo faziam com ele, por isso o ex-marido tem tantos problemas. Disse ainda que, quando o casal morava junto, Paulo sempre deixava o filho fazer o que quisesse e ela se irritava com essa atitude.

Depois que colocou a roupa no filho, este saiu correndo do quarto. Cássia o chamou de volta para tomar a mamadeira, mas ele não atendeu ao pedido materno. Naquele instante, a mãe de Cássia gritou, avisando que o neto estava no quintal. A

participante falou que muitas vezes fica muito irritada com muitas situações, tais como as intromissões e as birras e não sabe o que fazer. Acrescentou que ser mãe é um desafio e pontuou que “muitas vezes ela queria ter um manual de instrução.”

A participante pegou uma pasta que continha as prescrições médicas e mostrou para a observadora. A pasta continha muitos documentos. Ela tirou todas as receitas e orientações do pediatra quanto a dermatite: *“Olha aqui, tá vendo, é como eu te falei, tenho tudo registrado, vou mostrar para o juiz o quanto aquela família faz mal para o meu filho, nenhum juiz vai ter coragem de tirar um filho de perto da mãe”*. Ressaltou que, apesar de não ter uma situação econômica estável, ela cuida muito bem do filho.

Logo em seguida, a bisavó levou a criança até o quarto novamente e disse que a mãe de Cássia havia dado a mamadeira para o neto. A bisavó de Guilherme olhou para a observadora e pontuou que *“naquela casa todo mundo precisava de psicólogo, que esses profissionais são muito importantes, pois ajudam as pessoas a ficarem melhor da mente”*. Cássia pediu que a avó fosse até a cozinha buscar uma fruta para a criança. Assim que a senhora saiu, a participante enfatizou que preferia que a observação tivesse acontecido no consultório, pois os familiares enfrentam muitos problemas. Disse que a família ajuda muito nos cuidados com o filho, mas ela pensa que os avós já estão com idade, por vezes acredita que eles ficam irritados com os choros e birras da criança. Assim, ela preferia ter a própria casa.

O tempo da observação estava terminando. A observadora agradeceu a oportunidade de ver a interação entre a criança e a família e despediu-se. Mais uma vez Cássia pediu desculpas por não ter ido ao consultório, disse que não imaginava que o filho fosse ter outra crise. Pontou que na semana anterior Guilherme e o pai haviam se encontrado e depois disso a crise da bronquite tinha aparecido. A mãe do menino apontou que dessa vez só a crise de bronquite tinha se manifestado, a de dermatite estava controlada. Isso a deixava mais calma, pois quando as duas apareciam na mesma época, era muito difícil de cuidar. Ela tinha que administrar remédio via oral, inalação, pomadas para o corpo, eram muitas informações. A pesquisadora sinalizou que já estava na hora de ela ir embora. Cássia pediu desculpas por falar demais, disse que esse era um grande defeito dela. A participante acompanhou a pesquisadora até o portão e despediu-se. A mãe de Cássia apareceu com o neto no colo e pediu para ele dar tchau e um beijo na psicóloga. A criança se recusou, entretanto, a avó disse que deveria ser educado e colocou

o rosto do menino próximo ao da pesquisadora para que ele a beijasse. O menino começou a chorar e a avó entrou com ele para dentro da casa.

6.3.4-Análise da observação da família

Mediante a observação podemos conhecer melhor a relação dos familiares e os cuidados oferecidos à criança. Assim que a pesquisadora chegou à casa da família, foi recebida pela avó de Cássia. Temos a impressão que a participante havia contado para a família sobre o trabalho, pois, ao vê-la no portão, a avó a convidou para entrar, disse que a neta estava no quarto e a levaria até ela. Acrescentou, ainda, que não era para reparar na casa, pois a construção era antiga e precisava de reparos. Ao caminhar pela residência de fato pudemos perceber que se tratava de obra antiga, entretanto, não notamos que precisasse de reparos. A fala da avó de Cássia faz pensar se ela estava se referindo à construção ou se, de forma indireta, estava falando sobre a dinâmica familiar.

Assim que viu a pesquisadora, Cássia pediu desculpas por fazê-la ir até a casa da família. Declarou que preferia que a observação acontecesse no consultório. Despertou-nos interesse as falas da avó de Cássia e da neta, pois ambas, a seu modo, tentaram comunicar algo sobre as percepções que elas tinham do ambiente onde moravam.

Grande parte da observação aconteceu no quarto da participante. De acordo com a percepção dela, *“aquele era o local mais tranquilo da casa”*. Dessa forma, passava grande parte do dia ali dentro com o filho. Cássia manifestou o desejo de ter um lugar só para ela e para filho, pois assim conseguiria cuidar do bebê à sua maneira. Chamou a atenção da pesquisadora, o fato de ela apontar que só poderia cuidar do filho do seu jeito quando estivesse longe de outras pessoas, morando apenas ela e a criança.

Cássia narrou sobre as perdas que o filho teve com a separação, apontou que, após o termino do casamento, só pôde levar as roupas dela e da criança. Sendo assim, nos primeiros dias na casa da avó materna, Guilherme não tinha com o que brincar. Discorreu acerca da colaboração dos familiares para que a criança tivesse novos brinquedos, mas ressaltou que os atuais eram inferiores. O discurso da participante fez com que a pesquisadora questionasse o motivo de ela comparar os objetos que Guilherme tem na

casa do pai e os adquiridos recentemente. Será que, assim como ela fez com os brinquedos, também compara o afeto oferecido pelos pais?

Depois que o bebê acordou, ele chorou muitas vezes. Em alguns momentos, a pesquisadora interpretou o lamento da criança como forma de denunciar a dificuldade de Cássia em considerar os desejos de Guilherme. Podemos exemplificar algumas situações: A mãe insistiu em fazer o bebê dormir, logo após ele ter acordado. Enquanto brincava com o bebê, ela tirava da mão dele os objetos escolhidos por Guilherme e apresentava novos. Nas vezes em que a criança conseguia se entreter e se acalmar com as brincadeiras, a mãe interrompia o momento e propunha outra atividade.

Despertou interesse da pesquisadora quais as fantasias que Cássia tinha acerca da presença da observadora na casa, pois ela falou para o filho se comportar, pois tinha uma psicóloga observando. Acrescentou, ainda, que crianças bonitas não fazem feiura. Em algumas situações a pesquisadora teve a impressão de que Cássia fica “perdida” sem saber como lidar com o filho. Ela apontou sobre o desejo de ter um manual de instrução para saber como agir. Apesar de desejar as orientações, ela reluta em deixar a mãe participar dos cuidados com o neto.

Durante o encontro a observadora pôde notar o esforço que Cássia está vivenciando a fim de adaptar-se a todas as mudanças que aconteceram em sua vida: tornar-se mãe, separar-se do marido, voltar a morar na casa dos avós, lutar pela guarda do filho.

6.3.5-Síntese do caso apresentado:

Vemos que para os pais de Guilherme a notícia da gestação e a do nascimento da criança provocou desentendimentos entre o casal. As desavenças entre os cônjuges não puderam ser cuidadas e resultaram na separação deste. Atualmente eles disputam a guarda da criança e usam o diagnóstico de dermatite atópica do filho para se acusarem.

Notamos que as entrevistas dos pais se configuram de forma diferente, mas as informações se agregaram de modo que a pesquisadora obteve mais entendimentos da dinâmica familiar.

A observação da família foi extremamente relevante, pois pode-se perceber que por vezes, a mãe apresentou dificuldade em respeitar o tempo e interesses da criança.

A pesquisadora convidou os pais para participar da entrevista de devolutiva, mas eles não compareceram.

7-Discussão Geral

As entrevistas foram analisadas individualmente. Tentaremos discutir aspectos comuns que surgiram nas reflexões e pretendemos formular hipóteses sobre a investigação das fantasias e da construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, procuramos nos aprofundar nos detalhes do caso, no entanto, deve-se destacar que a pesquisadora está construindo seu conhecimento acerca dos ensinamentos psicanalíticos. Sendo assim, as análises são reflexos dos caminhos que ela está trilhando.

Estudando a dermatite atópica, nos debruçamos na compreensão do maior órgão do corpo humano: a pele. Pudemos verificar como esse elemento é importante para delimitar as fronteiras entre o eu e o outro e como ela é relevante para a constituição psíquica de cada um de nós. Ao longo do levantamento bibliográfico, observamos que a subjetivação de cada ser humano está ligada ao conceito da parentalização que pode ser definida brevemente acerca do projeto de ter filho e a forma como se estabelecem as relações entre a tríade (pai, mãe e bebê). Este processo de tornar-se pai/mãe de seus filhos passa por um desenvolvimento gradativo que se inicia na história individual de cada pai/mãe e suas relações com suas famílias de origem.

Ao considerarmos o desenvolvimento infantil inicial, um dos pontos mais importantes está relacionado ao que ocorre na relação com outra pessoa que, de modo geral, é representada pela mãe. Tal interação conta com aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e interpessoais. Ao isolar os muitos desdobramentos dessa relação, nos deteremos nas experiências emocionais, que a mãe tem do filho e a experiência que o filho tem da mãe (CHODOROW, 2002).

No tocante às vivências das participantes, notamos que elas contaram com mães emocionalmente distantes, o que deixou marcas em suas respectivas histórias de vida. Ao narrar sobre o tema, elas apontaram certa distância emocional com a figura materna e proximidade com os avós [...] *“eu praticamente fui criada pela minha avó, mas não tenho trauma, não tenho estigma pelo fato da minha mãe não ter cuidado de mim.”*; [...] *“minha avó é a minha segunda mãe, minha mãe trabalhava e minha avó que cuidou de mim.”*;

[...] *“eu tive pai e mãe de sangue, aliás tenho, mas meu avô e minha avó foram meu pai e minha mãe”*. As três participantes destacaram a importância e as lembranças dos avós. Ao pesquisar na literatura sobre esse tema, encontramos um texto de Castellon (2004), em que o autor discorre sobre a psicodinâmica do avô. O psicanalista aponta sobre a importância da figura dos avós. De acordo com ele, não existe nenhuma palavra que substitua a expressão. Os avós representam uma ponte com o passado imediato do neto, podendo colaborar com o enriquecimento da identidade da criança. Cássia aponta que *“minha avó me ensinou a ser mulher, como se comporta uma mulher”*. Vemos, através das experiências das participantes, que as avós desempenharam funções muito parecidas com as das mães.

Apesar de notar o destaque da figura das avós, a pesquisadora buscou compreender um pouco mais sobre como se configurava a relação entre mães e filhas. Novamente se sobressaiu a distância entre as participantes e as progenitoras. “[...] *minha mãe estava sempre do lado da minha irmã, nunca do meu lado*”; “[...] *a minha mãe não acreditava em mim, ela só acreditava na minha irmã*”; [...] *“a minha mãe era um pouco distante, ela tinha que dar mais atenção para o meu irmão”*. Desta forma, um aspecto que se destaca está associado à maneira como as participantes construíram os modelos de maternidade, pois, de acordo com as experiências referidas, elas enfrentaram dificuldades nas relações com suas próprias mães.

Na perspectiva de Badinter (1980) o amor materno não é “dado”, mas sim “alcançado”. A construção do afeto demanda proximidade física e emocional e deve ser “conquistado” com e na convivência. Sendo assim, podemos imaginar que, para essas mulheres, houve alguns obstáculos na construção dessa relação inicial.

De acordo com a percepção das três participantes, o relacionamento com a mãe não foi marcado pela proximidade afetiva e física. Ao discorrerem sobre como se deu a interação com o pai, notamos diferenças nos discursos. Entretanto, o modo como se deu as relações triangulares despertou interesse. Rita apontou a boa relação que tinha com o pai “[...] *ele só olhava para mim e eu já entendia o que ele queria*”; “[...] *a gente era assim unha e carne*”. Por vezes, notou-se certa idealização da figura paterna. O pai de Rita faleceu quando ela era muito jovem, a entrevistada assimila a perda como um divisor de águas na sua vida “[...] *quando eu vi que não tinha mais ele, achei que não fosse conseguir fazer mais nada*”. Podemos hipotetizar que a morte repentina do pai pode ter

reverberado nas escolhas feitas ao longo da vida da filha. Rita descreve que não teve sorte no amor, que os relacionamentos afetivos não foram bem sucedidos. Atualmente tem quatro filhas que também não contam com a figura paterna presente. Cássia não teve contato com o pai, o progenitor não assumiu a paternidade da filha. Conforme citado anteriormente, foi o avô quem desempenhou este papel. Cássia, hoje, está separada do marido e disputa a guarda do filho. Podemos imaginar que Rita e Cássia enfrentaram entraves no que diz respeito à triangulação.

Os estudos psicanalíticos apontam que a forma como se desdobra a triangulação é fundamental no desenvolvimento psicosssexual. Nos estudos sobre a feminidade, Freud (1924, 1925, 1931, 1933) considera que o complexo de castração da menina é o principal fator que a leva a romper sua intensa e duradoura ligação pré-edípiana à mãe. A menina volta-se para o pai na esperança de receber dele um pênis que lhe falta. Mas, prevalecendo a posição feminina, a menina afasta-se da masculinidade e, devido à equação pênis- bebê, abandona o desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de ter um filho. Contudo, as três participantes relatam que o desejo de ser mãe do ponto de vista consciente era pouco valorizado.

Teresa aponta: [...] *“eu não era como as outras mulheres que desde a infância pensava em ter filhos, eu era muito moleca”*; acrescenta que o desejo consciente surgiu após o casamento e nascimento dos sobrinhos. Quando decidiu que era hora de ser mãe, deparou-se com dificuldades para engravidar. Dessa forma, teve que realizar tratamentos [...] *“foi um processo árduo que contou com intervenções que duraram 5 ou 6 anos de tratamento”*; [...] *“houve uma época que eu achava que essa coisa de ser mãe não era para mim”*.

De acordo com o relato de Rita, não fazia parte dos seus planos ser mãe novamente. Sempre pensou que teria dificuldades para engravidar, pois tem ovário policístico, e, por isso, não usava nenhum método contraceptivo [...] *“eu acreditava que ia ter dificuldades para engravidar, mas acho que é mentira porque eu tenho quatro filhas”*.

Cássia narrou que a maternidade não fazia parte dos planos de vida, enfatizou as responsabilidades que um filho exige “[...] *não dá para falar de uma hora para outra não quero mais, vai lá e vende, filho você tem assumir*”. Acrescentou que acreditava que não era capaz de assumir tamanha responsabilidade. Notamos que, de acordo com o discurso

das participantes, o projeto de ser mãe contava com pouco investimento libidinal. Podemos supor que as dificuldades com a figura materna e as questões edípicas mal resolvidas poderiam estar interferindo no projeto pessoal destas mulheres, excluindo o desejo de tornarem-se mães.

Conforme aponta o levantamento bibliográfico da presente dissertação, a pré-história da criança começa na história individual de cada um dos pais, mas, para essas mães, os filhos tinham pouco espaço psíquico antes da concepção.

A descoberta consciente da gravidez e o modo como as participantes vivenciaram o período gestacional foi outro ponto abordado. Teresa foi a única mãe que soube da notícia da gravidez logo no início e apontou que devido aos tratamentos para engravidar, soube logo no início que ia ser mãe. Entretanto, ao relatar a experiência gestacional deteve-se mais nos aspectos biológicos do que nos emocionais. Narrou que no processo de fertilização *in vitro* foram feitos nove embriões, mas implantou apenas dois, pois não podia pensar na ideia de ter mais filhos. “[...] *eu nem sei se são bebês de verdade, são inseminações, existe toda aquela discussão de quando começa a vida*”. Rita demorou 14 semanas para descobrir conscientemente que estava grávida. Antes disso imaginava que estava doente, que tinha um mioma “[...] *como neném?!?! eu tô achando que estou com uma coisa e o senhor está falando que eu tô com outra!*”. No caso de Cássia, quem suspeitou sobre a gestação foi o ex-marido. A participante negava a possibilidade e só acreditou no diagnóstico quando realizou o exame, fez a ultrassonografia e viu o coração do bebê bater “[...] *a médica disse: vocês vão ser pais, já está tudo pronto*”. Rita e Teresa enfatizaram o susto que levaram ao descobrir que seriam mãe “[...] *eu levei um susto, comecei a chorar dentro do consultório*”. “[...] *o Paulo e eu ficamos paralisados, foi um choque*.” Vemos que, para essas mulheres, o projeto de ser mãe era pouco elaborado, elas não se viam desempenhando essa tarefa. Sendo assim, tiveram dificuldades de se reconhecerem grávidas. Tal impedimento pode estar ligado às relações conflitivas com suas mães.

Para Rita e Cássia, a notícia de que seriam mães, conforme foi relatado, não fazia parte dos seus planos de vida. Elas destacaram durante seus relatos as dores que experienciaram nesse período. Rita aponta como se sentia sozinha, abandonada “[...] *eu ficava assim entristecida, porque quando a gente está grávida quer alguém por perto, né?! [...] “eu sempre pedia a Deus para não passar mal, para que não acontecesse nada*

de ruim, tinha medo de um aborto espontâneo”. Cássia discorreu sobre os medos e as discórdias familiares que vieram junto com a notícia da gravidez, disse que ficou com medo das reações dos familiares, em particular da família do marido. Associava o receio ao fato de eles opinarem muito na criação do neto e, de acordo com a percepção da participante, foi o que aconteceu “[...] *minha sogra queria comprar todo o enxoval, cada dia aparecia com uma coisa diferente*”. Contempla-se assim que, para essas participantes, as gestações não estavam presentes em seus projetos de vida. O período foi marcado por sofrimento. Os primórdios das relações com os bebês são atravessados por angústias.

É consenso para grande parte dos autores psicanalíticos que, quando tudo corre bem na gestação, a mulher desenvolve uma espécie de “adoecimento progressivo”. Esse quadro só pode acontecer se a mulher estiver saudável do ponto de vista psicológico. É preciso que a mãe seja suficientemente saudável para se deixar adoecer dessa maneira, até poder se recuperar desse quadro quando o bebê a libera. Esse estado se desenvolve à medida em que aumenta sua capacidade, crescente ao longo dos nove meses de gravidez, de se identificar com o seu bebê, provavelmente a partir das inscrições primeiras de sua própria experiência com a mãe (WINNICOTT, 1956).

Para o autor referenciado acima, algumas mulhees não conseguem atingir essa “doença normal”, o que pode ser resultado, por exemplo, de uma forte identificação masculina e uma inveja do pênis reprimida.

As mulheres também discorreram sobre as perdas que experienciaram ao longo do período gestacional. Teresa aponta: “[...] *eu me abdiquei de muitas coisas para ser mãe*”. Rita narra que, quando sua mãe soube que ia ser avó novamente, teve uma reação muito ruim, saiu da casa da filha e deixou de ajudar nos cuidados com as netas “[...] *ela falou que eu era louca, não tinha cabeça, que estava parecendo uma adolescente*”; “[...] *falou que não ia me ajudar mais*”. Durante as entrevistas as participantes não associaram a gestação a fatos que proporcionassem prazer. Houve um predomínio dos aspectos negativos.

Quando investigado se as fantasias que as mães tinham acerca do filho durante a gestação corresponderam ao filho real, vemos que Teresa e Rita apontam que vivenciaram algumas adaptações. Teresa narra que Henrique nasceu primeiro, ela achava que por isso ele ia ser mais esperto, mas a criança se mostrou bem diferente das expectativas materna. A participante contou que o filho era quieto, olhava para o horizonte e ela acreditou que

iria ter problemas com ele. Nas fantasias da mãe, ele seria uma criança surda e cega. Já Rita discorreu que quando viu a filha surpreendeu-se e chegou a perguntar se a filha era dela mesmo, falou sobre o susto que levou ao ver um bebezão grande e saudável. Podemos imaginar que as respectivas mães tiveram que experienciar certas adaptações das suas fantasias. Teresa ressaltou o quanto lutou para que a gravidez acontecesse e imaginava que o filho seria esperto, ativo [...] “*quando eu engravidei e soube do sexo do bebê fiquei muito feliz, pois pensei que eles poderiam fazer aquilo que eu sempre fiz*”. Mas, de acordo com a percepção materna, o filho era uma criança apática. Já para Rita a ideia de ter mais um filho não era considerada sob a perspectiva consciente. Quando soube da gravidez relatou sobre o receio de essa criança ter problemas como a outra filha, no entanto, se surpreendeu ao ver que deu à luz a um bebê saudável.

A literatura aponta que durante a gravidez a mulher nutre muitas fantasias com relação ao bebê, fruto em parte, do desconhecimento a respeito de suas características, tanto física como psíquica. Isso provoca o desenvolvimento de muitas expectativas e sonhos da mulher com relação ao seu bebê imaginário. Os autores que se dedicam ao estudo deste assunto apontaram para as frequentes decepções causadas nas mulheres pelo contato com o bebê real-nascido, em razão da possível distância entre ela e o bebê sonhado (DEBRAY, 1988; MALDONADO, 1984, SOIFER 1986).

A respeito da experiência do pós parto e os primeiros cuidados com os filhos, é interessante destacar que as mães que vivenciaram a maternidade pela primeira vez contaram com a ajuda de livros, amigos, pediatras, profissionais da saúde para compreender o que se passava com os filhos “[...] *eu pedia informação para as enfermeiras, pois o Guilherme chorava muito*”. Teresa aponta que ganhou um livro da mãe sobre o desenvolvimento infantil e sempre recorria a ele “[...] *o livro era como uma bíblia, estava sempre embaixo do braço*”. Tal elemento remete a uma possível insegurança quanto ao lugar materno. Elas não podiam confiar no que tinham aprendido com suas mães na própria intuição e preocupação maternas primárias para poderem saber como cuidar de seus bebês.

A relação da mulher com a figura materna internalizada será um dos principais fatores psíquicos que vão determinar a qualidade das experiências emocionais da mulher durante o período puerperal. Quando a relação com a mãe interna é muito conflituosa, devido à intensidade das angústias, culpas, persecutórias, a puérpera pode não conseguir

se identificar com a “boa mãe” capaz e competente, de modo a desempenhar com confiança o papel materno (DE FELICE, 2000).

No que diz respeito à dermatite atópica, todos os pais tiveram notícias da afecção logo no começo da vida dos bebês, antes dos seis meses idade dos filhos. De acordo com a literatura que versa sobre o tema, a evolução e prognóstico estão associados à severidade e duração do quadro. A dermatite apontada como a mais grave foi a de Guilherme, e a de menor gravidade foi a de Henrique. Ao realizar uma possível associação entre as histórias de vida desses bebês e a intensidade do diagnóstico vemos que, para os pais do Guilherme, o filho não foi fruto de um projeto do casal. Cássia só pôde se haver com a ideia da gestação quando ouviu o coração do bebê no sexto mês de gravidez. Os primeiros meses do desenvolvimento da criança foram marcados pelas brigas familiares. A possibilidade de reflexão dos pais sobre o diagnóstico é limitada, pois o casal usa a dermatite como instrumento de disputa para a guarda do filho.

Assim, como no caso referido acima, a gestação de Clara também não foi planejada. De acordo com o discurso materno, a criança teve contato com o pai apenas uma vez, na maternidade. Rita cuida das filhas sozinhas e fala sobre as dificuldades que enfrenta, sendo que uma delas está associada ao susto que levou quando soube da afecção que foi detectada no final do primeiro trimestre de vida da criança. A mãe do bebê narrou sobre algumas fantasias acerca do diagnóstico: questionando-se se era capaz de fazer filhos saudáveis. Comparou a dermatite da Clara à deficiência física da outra filha; narrou que tem a impressão que a filha nunca está limpa devido às secreções que a alergia produz. Observa-se que, apesar das adversidades que Rita enfrenta, ela foi a participante que mais conseguiu narrar sobre a doença da filha. Ela associou a dermatite da filha aos aspectos emocionais vivenciados por ela “[...] *não sei se é coisa da minha cabeça, mas percebo que quando não estou bem ou acontece algo aqui em casa a dermatite piora, muitas vezes fico pensando se sou eu que provoco isso nela...*”.

Os pais de Henrique foram os que tiveram maior dificuldade em falar sobre o diagnóstico do filho. Eles se ligaram mais aos aspectos concretos da afecção “[...] *os pontos que a dermatite ataca barriga e atrás da orelha as pessoas não viam tanto*”. “[...] *meus filhos são campeões! o Henrique tem um probleminha na pele, mas isso não é nada perto de toda luta que percorremos para alcançar nosso sonho. [...] crianças sempre têm*

um probleminha ou outro, mas a dermatite não atrapalha o desenvolvimento do meu filho, eu vou sempre estar ao lado dele para ajudá-lo no que for preciso.”

Sobre a participação e apoio dos pais das crianças, notamos que apenas Teresa pôde contar com a presença do marido. Rita terminou o relacionamento ainda quando estava grávida e Cássia aponta que, durante o período em que esteve com o marido, tinha que cuidar de duas crianças “[...] *eu tinha duas crianças em casa, meu filho dava menos trabalho que o meu marido*”.

Os pais de Guilherme, por vezes, associaram a chegada do filho às discussões e separação do casal. De acordo com o relato de Paulo a ex -esposa ficou obcecada pela criança. Ela colocava o bebê para dormir na cama do casal até que chegou um dia em que o participante foi dormir em outro cômodo.

Vemos que a literatura psicanalítica aponta que o nascimento de um filho provoca modificações na estrutura e dinâmica do casal. Ele envolve a inclusão de um novo membro, que altera em maior ou menor grau o equilíbrio familiar. Essa alteração é bastante significativa quando se trata do primeiro filho. Neste caso, os pais, acostumados até então com a relação exclusiva “a dois”, precisam adaptar-se à nova situação familiar “a três”. A nova situação familiar triangular promove nos pais, em maior ou menor grau, fantasias relacionadas à conflitiva edípica, podendo surgir nesse período inicial, sentimentos de ciúmes e exclusão em um ou em ambos os pais (DE FELICE, 2000).

As observações na família também enriqueceram as percepções da pesquisadora. Durante os encontros alguns pontos chamaram a atenção. Dessa forma, discorreremos acerca de alguns deles.

A forma como a observadora foi recebida pelas famílias despertou reflexões. A pesquisadora teve a impressão de que, apesar de Rita e Cássia consentirem no encontro, em alguns momentos as participantes ficaram incomodadas com sua presença. Rita disse para as crianças que a psicóloga iria até a casa da família para dar injeção. Cássia apontou que preferia que a observação tivesse acontecido no consultório da pesquisadora. Por várias vezes, pediu desculpas por fazer a pesquisadora ir até a residência da família.

Nas três observações se destacaram o fato de as mães acolherem pouco os aspectos infantis de seus bebês. Teresa aponta que, depois do nascimento dos filhos, a casa nunca

mais foi a mesma. Disse que se preocupava com os barulhos que as crianças faziam, tinha medo de atrapalhar os vizinhos.

Ao contrário da família de Henrique que se angustiava em demasia com os sons, na casa de Clara os ruídos se misturavam. A impressão que a observadora teve foi a de que o excesso de estímulos sonoros dificultava a comunicação familiar.

Ao estudar sobre a pele e a dermatite atópica, notamos que, em relação aos aspectos psicológicos, um dado importante a ser considerado é a forma como se dá a interação física entre pais e bebês. Assim como aponta a literatura, em alguns momentos nos deparamos com pais distantes física e emocionalmente. Em outros momentos, mães que têm dificuldades em separarem-se de seus filhos.

8-Considerações Finais

O objetivo do presente trabalho foi investigar o processo de parentalização e as fantasias que permeiam o vínculo pais e bebê com dermatite atópica. Tal objetivo pôde ser atingido parcialmente, visto que trabalhamos com uma amostra pequena de casos e a pesquisadora ainda está construindo seus conhecimentos acerca da teoria psicanalítica.

Foi possível perceber algumas características comuns nos casos investigados: o desejo consciente de ter filhos não era um projeto que fazia parte das histórias de vida das mães estudadas. Para uma das participantes, a aspiração se deu após o casamento e a chegada dos sobrinhos, para as outras duas, a notícia que iriam ser mães foi relatada como uma surpresa inesperada.

A gestação é normalmente considerada um estágio de crise na vida da mulher. Representa uma transição que faz parte do processo natural do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade. Para duas participantes: Rita e Cássia, as transformações e a decorrente alteração de papel levaram um certo tempo para serem assimiladas. Destacou-se um relativo distanciamento com o próprio corpo e a feminilidade. Podemos associar o afastamento com a relação que elas relataram ter com suas próprias mães e o modelo de mãe que elas introjetaram.

Podemos perceber que a forma como as mães se relacionam com essas crianças tem ligação com as respectivas histórias de vida. Todas as mães entrevistadas relataram certa distância emocional com suas progenitoras. Nas entrevistas e observações, notamos que as participantes estão tentando construir um vínculo com seus filhos, mas este ainda se dá de maneira pouco elaborada: em alguns momentos elas se ligam em demasia aos seus bebês, em outros tiveram dificuldade em reconhecer a subjetividade e os aspectos infantis dos filhos.

Em relação a investigação sobre as fantasias das mães, pudemos perceber que estas se veem como pouco preparadas para cuidarem de seus filhos. Duas participantes mencionaram o quanto a tarefa foi difícil; sendo assim, tiveram que pedir ajuda aos profissionais de saúde, amigos e livros. Elas consideram insatisfatória a intuição decorrente da maternidade.

Os pais também fizeram parte da investigação. Para eles, o projeto de ter filhos foi configurado de outra forma. Um deles mencionou que queria ter filhos. Tal desejo pode ter contribuído na relação que ele está criando com o bebê. Ele reconhece as

particularidades e necessidades do filho, dessa forma, constrói uma ligação forte com a criança. O segundo participante apontou que gostava de crianças, mas respeitava o desejo da esposa de não ter filhos. Entretanto, foi quem percebeu a possibilidade de a ex-companheira estar grávida. Acrescentou que a ex-esposa não permitia que ele passasse muito tempo com a criança, devido à forte ligação que ela estabeleceu com o filho, mas aponta que tem uma boa relação com ele.

Para as três crianças participantes da pesquisa, a afecção foi apontada logo nos primeiros meses de vida. A percepção das mães em relação ao diagnóstico não se deu de forma homogênea. Ao compararmos a intensidade da afecção com as dinâmicas familiares estudadas temos que: o caso considerado mais leve foi o que apareceu mais tarde, no quarto mês do desenvolvimento da criança. O bebê conta com uma mãe um pouco mais distante emocionalmente, mas a criança tem um pai presente que consegue reconhecer a subjetividade do filho.

No caso considerado como moderado, a participante não conta com a presença do pai na criação das filhas. Apesar das dificuldades citadas por ela durante a investigação, percebemos que a mãe está tentando construir um espaço emocional para cada uma das crianças. Esta é a única mãe que já havia vivenciado a experiência da maternidade. Dessa forma, o maior desafio é conseguir elaborar diferentes formas para se relacionar com as particularidades das filhas.

O caso de dermatite mais grave foi detectado no segundo mês de vida do bebê. Ao analisarmos a dinâmica familiar, percebemos que os pais utilizam o diagnóstico para disputarem a guarda do filho.

Para Rita e Cássia os problemas de conjugalidade se sobrepõem à parentalidade. A primeira relata a dificuldade na vida amorosa e complementa que prefere não pensar sobre o assunto. Dessa forma, procura por companheiros pouco adequados e reflete pouco sobre suas escolhas. Cássia e Paulo parecem ainda buscarem um culpado para o término de seu relacionamento e utilizam a afecção do filho para acusar um ao outro.

O título dessa dissertação é: “Quando a pele fala: investigação sobre as fantasias e construção da parentalidade em crianças com dermatite atópica”. Podemos notar que, para as crianças que fizeram parte do estudo, talvez a pele de fato esteja denunciando questões ligadas às fantasias parentais e à construção da parentalidade.

Ao concluir a dissertação, a pesquisadora pôde perceber alguns aspectos: assim como aponta a literatura, no começo da vida a pele é a principal forma de comunicação entre pais e bebê. Podemos associar que os cuidados dispensados a criança e a forma dos

pais de se relacionarem com ela estão associados ao que a literatura aponta sobre a dermatite atópica.

Outro ponto que se destacou foi o quanto o tema escolhido para a investigação é amplo. Alguns aspectos poderiam ter sido melhor trabalhados, entretanto, como já foi apontado em outras passagens, a pesquisadora, assim como os pais desta pesquisa, está passando por um processo de construção no campo da pesquisa e acerca dos conhecimentos psicanalíticos. Dessa forma, o trabalho contou com algumas falhas, que a pesquisadora se compromete a cuidar.

Referências Bibliográficas

AADA- Associação de Apoio à Dermatite Atópica. Disponível em: <<http://www.aada.org.br>> . Acesso em: 10 fevereiro 2013.

ANZIEU, D. **O Eu-pele.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1989. 309 p.

ARAGÃO, R. O. Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê. In: ARAGÃO, R. O. **Tornar-se mãe de seu próprio filho.** Curitiba: Honoris Causa, 2010.

ARRUDA, L. K. Dermatite atópica. In: VOLTARELLI, J. C.; DONADI, E. A.; CARVALHO, I. F.; ARRUDA, L. K.; LOUZADA J. R.P.; SARTI, W. **Imunologia Clínica na Prática Médica.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p.1021-1030.

AZAMBUJA, R. Dermatologia integrativa: A pele em novo contexto. *Revista Brasileira de Dermatologia*, v.75, n.4, p. 393-420.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. 268p

BAYLE, F. e MARTINET, S. A parentalidade. In: BAYLE, Filomena e MARTINET, Serge. **Perturbações da Parentalidade.** Lisboa: Climepsi Editores, 2008. p.25-39

BICK, E. The experience of the skin in the early object relations. [1968]. In: BRIGGS, A. (Org.). **Surviving Space. Papers on Infant Observation.** Londres: Karnac, 2002.

BICK, E. Notes on infant observation in psychoanalytic training. In: **Collected papers of Martha Harris and Esther Bick.** London: The Rolland Harris Education Trust, 1987.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e investigação. In: **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. Trad. MORAES, Rita M. de. 7ª reimp. São Paulo: Martins Fontes, 1995. P. 7-41

BOWLBY, John. **Cuidados maternos e saúde mental**. Trad. SOUZA, Vera Lúcia Baptista de e RIZZINI, Irene. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BUSK- KIRSCHBAUM, A., GEIBEN, A. e HELLHAMMER, D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychotherapy psychosomatic*, 2001.

BYDLOWSKI, M. e LUCA, D. Depressão paterna e perinatalidade. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA GIRADE, M. H. e FRANÇA, P (Orgs.). **Novos olhares para a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E. Editora, 2002.

CASTRO, E. K. e THOMAS, C. A. Implicações das doenças orgânicas na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia, reflexão e crítica*, n.15, p. 625- 635, 2012.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

COFFEY, J. S. Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*. n.32, p.51-59, 2006.

CURIEL, J. D. El modelo de funcionamiento familiar psicossomático: Estudios em família de niños com artritis reumatoide juvenile. *Psiquis*. n.21, p. 293-300.

DEBRAY, R. **Bebês - mães em revolta**. Trad. FISCHER, Leda Mariza Vieira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 104-166.

DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FELICIANO, D. S. **Para além do seio**: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de amamentação, como auxiliar do desenvolvimento. 2009. Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, V., MULLER M., JORGE, H. Dinâmica das relações em famílias com membro portador de Dermatite Atópica: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.3, set/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a17pdf>>. Acessado em: 11 fevereiro 2013.

FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedades (1925). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. 1ª ed. Vol XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. Sexualidade feminina (1931). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Obras Completas de Sigmund Freud**. 1ª ed. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. Feminilidade (1933). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Obras Completas de Sigmund Freud**. 1ª ed. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. O ego e o id. In: **Edição Standard Brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, XIX.

_____. Os caminhos da formação do sintoma. In: **Edição Standard Brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, V. XVI, 1996.

GIBEAULT, A. Feminino e o Masculino: reflexões sobre o livro de Jacqueline Cosnier, *Destins de la féminité*. In: Breen, D. (Org.). **O enigma dos sexos: perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade**. Trad. NÁUFEL, Fernando; FERREIRA, Maria da Penha; PENIDO, Tânia. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998. p. 173-187.

GIL, K. e SAMPSON, H. A. Psychological and social factors of atopic dermatites. *Allergy*, n.44 (suppl.9), p.84-89, 1989.

GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe, conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L., CORRÊIA GIRADE, M. H. e FRANÇA, P. (Orgs.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E. Editora, 2002.

_____. **L' être-bébé**. Paris: PUF, 2006

GOLSE, B e YDLOWSKI, M. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização. . In: CORRÊA FILHO, L., CORRÊIA GIRADE, M. H. e FRANÇA, P. (Orgs.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E. Editora, 2002.

HOFFMANN, F. S. et al. An integration mind and body in psychodermatology. *Psicol. Teor. Prat.*, São Paulo, v.7, n.1, jun.2005. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1516-36872005000100005&ing=pt&nrm=isc> Acessado em: 24 agosto 2012

HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe.** Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

INFANTE, D. P. A formação da subjetividade na criança. In: MARGONDES, E. (Org.). **Pediatria básica.** São Paulo: Sarvier, 2002.

IRVIN, N. A., KENNEL, J. H. e KLAUS, M. H. Atendimento aos pais de um bebê com má formação congênita. In: KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H. e BATISTA, Denise (Orgs.). **Pais/ bebê a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

JULIEN, P. **Abandonarás teu pai e tua mãe.** Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2000

KREISLER, L. **A nova criança da desordem psicossomática.** Trad. BERLINER, Claudia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 350-360

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

LIPOWISKI, Z. J. Whats does the word ‘ psychosomatic’ really mean? A historical and semantic inquiry psychosomatic mediane. 46 (2), p. 153-171, 1984.

MITRANI, J. Extra-ordinary projections: evolutions of the theory of adhesive identification. In: MITRANI, J. **Ordinary people and extra- ordinary projections.** A post- kleinian approach to the treatment of primitive mental states. London: Brunner-Routledge, 2001.

MONTRELAY, M. Investigação sobre a feminilidade. In: Breen, D. (Org.). **O enigma dos sexos: perspectivas psicanalíticas contemporâneas da feminilidade e da masculinidade.** Trad. NÁUFEL, Fernando; FERREIRA, Maria da Penha; PENIDO, Tânia. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1998. p. 153-172.

NEVES S. Eu-pele, psicossomática e dermatologia: nos limites da palavra, da transferência e do corpo: a pele. In: VOLICH, R; FERRAZ, F. e RANNÃ, W. (orgs). **Psicossoma III**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 359-372.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2001

PÉREZ, G. L.; MACIEL, B. M.; BAÉZ, L. M. e GARZÓN, L. E. Frecuencia entre la asociación de dermatitis atópica con infección de vías urinarias en pacientes de edad pediátrica. *Alergia e Inmunologia Pedrátrica*, v. 6 (3), p. 94-97, 1997

PINES, D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *International Jornal Psycho-Analitic*, n.61, p.315-323, 1980.

PINTO, E. B. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/ bebê. *Estudo de Psicologia*, v 9 (3), p. 451-457, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26190307>

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

Silva, M. C. P., Mendes de Almeida, M., & Marconato, M. M. (2004). Redes de sentido: evidência viva na intervenção precoce com pais e crianças. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3),637-648.

SOLIS- PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe**. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

SONZOGNO, M. C. Pesquisa em psicanálise e metodologia qualitativa na pesquisa. In: MÉLEGA, M. P. e SONZOGNO, M. C. (Org.). **O olhar e a escuta para compreender a primeira infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. P.307-308.

SOUZA, Audrey Setton Lopes de. Existe um lugar para os pais reais: some thoughts about the place of parents and reality in the kleinian's psychoanalysis. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 17, n. 2, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 jul. 2015.

SPITZ, René. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1992

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. L' envelope prénarrative. In: MISSIONIER, S. (Org.). **Récit attachement et psychanalyse**. Paris: Ériiss, 2005. p. 29-46

STRAUSS, G. **Skin disorder**. Baltimore: Willliams Wilkings, 1989.

SZEJER, M. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: CORRÊA FILHO, L., CORRÊIA GIRADE, M. H. e FRANÇA, P. (Orgs.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E. Editora, 2002.

TONG, A.; LOWE, A.; SAINSBURY P. e CRAIG, J. C. Experiences of parents who have children with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative studie pediatrics, n. 121, p. 349-360, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VALDA, L; OROZ, J; CASTILLO, P. Dermatitis atópica: Etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. *Revista Hospital Clínico*, Universidad de Chile, vol. 12, n.2, p.119-128, 2001. Disponível em: <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWEBNEO/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_CH6258/Deploy/dermatitis_atopica.pdf>. Acessado em: 10 fevereiro 2013.

_____. Dermatitis atópica: Etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. Disponível em: <<http://www.hospital.uchile.cl/paginas/revistahospital/volumel22/Dermatitis%20atopica.pdf>>. Acessado em: 12 maio 2013

VASQUEZ, L. A. S. e CEDILLO, C. A. M. Tratamiento de la dermatitis atópica en pediatria. *Boletín Médico del hospital de la infancia del México*, México, n. 56 (2), p. 121-128, 1999.

VIANA, V.; BARBOSA, M. C. e GUIMARÃES, J. Doença crônica na criança: fatores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, saúde e doenças*. N.8, p. 117-127, 2007.

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e seu mundo**. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963). In: **O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre o desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. **Natureza Humana**. Trad. BOGOMOLETZ, Davi Litman. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 221p.

_____. A preocupação materna primária (1956). In: **Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WONG, M.G. e HERIOT, S.A. Parents of children with cystic fibrosis: How they cope and despair child: care, health and development. n.34, p.344-354, 1997

WONG, O. W. T.; HERRERA, C. e EXEBIO, C. Dermatitis atópica: Prevalencia em escolares de trujillo com Y sin antecedentes personales y/o familiares de atópica. *Dermatologia Peru*, n. 7(2), p.103-110, Peru.

ZALCBERG, M. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ZORING, S. Construção da parentalidade: Da infância dos pais ao nascimento do filho. In: PICCININI e ALVARENGA (Orgs.). **Maternidade e paternidade**, 2012

ZORING, S. Transmissão psíquica: uma via de mão dupla? In: CARNEIRO, Feres (Org). **Casal e família: permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 25-41, 2004

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO SUJEITO DE PESQUISA.

Gostaríamos de convidá-lo (a) como voluntário (a) para participar da pesquisa: *Quando a pele fala: Investigação sobre as fantasias e a construção da parentalidade em pais de crianças com dermatite atópica.*

O motivo que levou a estudar este tema se deve ao interesse de compreender melhor como se estabelecem as relações pais e bebê em crianças que apresentam sintomas psicofuncionais. Os distúrbios psicofuncionais são considerados manifestações de ordem principalmente somática e sem causa orgânica. Quando esses distúrbios surgem no começo da vida, podem influenciar na construção do psiquismo e na subjetivação do bebê. Os estudos da psicopatologia do bebê relatam que os distúrbios psicofuncionais são compreendidos como indicadores de problemas de ordem somática e do comportamento da criança. Para algumas crianças, os sintomas de dermatite atópica iniciam-se precocemente, com alguns meses de idade, provocando inflamação na pele, coceira, infecções. Em alguns casos os sintomas são tratados com medicamentos, mas os fatores psicológicos também possuem um destaque significativo.

A pesquisa se justifica por ter um grande material teórico apontando a relação existente entre os distúrbios psicopatológicos e os vínculos iniciais. A literatura que versa sobre a constituição psíquica do bebê tem se apoiado no pressuposto dos estudos realizados que demonstram a importância do vínculo pais e bebê para o sucesso da saúde mental da criança. O estudo visa portanto contribuir com dados concretos a esses referenciais teóricos. O principal objetivo desse projeto é investigar as fantasias que permeiam o vínculo dos pais e bebês com dermatite atópica e verificar as possíveis conexões entre as fantasias e o sintoma.

O procedimento de coleta de dados será feito pelo pesquisador responsável na residência dos participantes ou no consultório da pesquisadora e realizar-se-á da seguinte forma: primeiramente será feita uma entrevista com os pais e/ou responsáveis. Posteriormente ocorrerá a observações da tríade pai, mãe e bebê através da técnica de observação psicanalítica e uma devolutiva ao final do processo, totalizando três encontros.

Este projeto de pesquisa procura gerar conhecimentos sem afetar o bem-estar dos participantes da pesquisa. No entanto, não devem ser subestimados os riscos e desconfortos, mesmo que sejam mínimos, bem como os benefícios. Pode existir um desconforto em conhecer aspectos psicológicos relacionados ao quadro físico da dermatite atópica, sendo que este se justifica pelo benefício que o conhecimento possa trazer aos sujeitos da pesquisa e aos seus responsáveis, proporcionando informações de como poderão auxiliar em um desenvolvimento psíquico mais saudável, podendo refletir melhoras no quadro físico e psicológico da criança com dermatite atópica. Além disso, com a realização desta pesquisa, haverá um enriquecimento da teoria estudada.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. As informações coletadas e o nome dos participantes serão tratados com padrões profissionais de sigilo. Uma cópia deste Termo de Consentimento será arquivada pelo pesquisador responsável e outra será fornecida ao representante legal do sujeito da pesquisa.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa poderá entrar em contato com o: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (IPUSP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), Av. Professor de Mello Moraes, 1721- Bloco G, 2º andar, sala 27. CEP: 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182.

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Concordo em participar desse estudo. Estou ciente que a participação é voluntária e

que, a qualquer momento, tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Representante legal do Sujeito de Pesquisa

Assinatura do Representante legal do Sujeito de Pesquisa

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Pesquisador Responsável

Carolina Castelli de Paula

CRP: 06/78954

Tel: (11)96583-1388

E-mail: carolcastelli@usp.br

Orientador Responsável

Profª Dra. Audrey Setton Lopez de Souza

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo -
IPUSP

Tel: (11) 3091-4356

Entrevista com os pais

Nome

Profissão

Estado Civil

Idade e sexo do bebê.

Entrevista

- 1- Conte-me sobre quem é você
- 2- Fale-me a sobre a sua história de vida, relacionamento com seus pais, infância.
- 3- Como surgiu a ideia de ter um filho? Como foi a gravidez e o parto?
- 4- Conte-me sobre seu filho(a)
- 5- Compare as expectativas da gestação do bebê e depois do nascimento
- 6- Quando surgiu o diagnóstico de Dermatite Atópica?