

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

STEPHANIA A. R. BATISTA GERALDINI

Você me abre os braços e a gente faz um país: construindo um país psíquico para a parentalidade de mães em vulnerabilidade no contexto da intervenção mãe-bebê

São Paulo 2020

STEPHANIA A. R. BATISTA GERALDINI

Você me abre os braços e a gente faz um país: construindo um país psíquico para a parentalidade de mães em vulnerabilidade no contexto da intervenção mãe-bebê

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – IPUSP

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lerner

São Paulo 2020

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

Dados fornecidos pelo autor

Geraldini, Stephania A. R. Batista

Você me abre os braços e a gente faz um país: construindo um país psíquico para a parentalidade de mães em vulnerabilidade no contexto da intervenção mãe-bebê/Stephania A. R. Batista Geraldini; Orientador Rogério Lerner – São Paulo, 2020.

193 f.

Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Autismo 2. Migração 3. Irmãos 4. Relações Mãe-Bebê 5. Psicanálise I. Lerner, Rogério, orient.
II. Título.

GERALDINI, S. A. R. B. Você me abre os braços e a gente faz um país: construindo um país psíquico para a parentalidade de mães em vulnerabilidade no contexto da intervenção mãe-bebê. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Para todas as mães e seus bebês, sem exclusão

AGRADECIMENTOS

À todas as mães e seus bebês, por terem embarcado nessa jornada que é a maternidade e se doarem à ela da melhor forma que lhes é possível. Em especial, à Daniele e Alice, Janaína e Juliano, Regina e Renan, Pillie e Sarah, Maria e Gracia, e Nina e Daniel, pela entrega a este trabalho e por torná-lo possível.

Ao meu orientador Professor Doutor Rogério Lerner, pela aposta neste estudo, pelos esforços para que ele acontecesse e por dividir com entusiasmo o seu interesse e conhecimento em pesquisa e em psicanálise.

Às minhas companheiras até o fim, Larissa Canguero e Tayná Scandiuzzi de Brito, pela força, dedicação, acolhida e leitura cuidadosa, que atravessou continentes.

Ao meu grupo de pesquisa, Denise Mamede, Julia Durand, Larissa Canguero, Lígia Paschoal, Nívea Marques Nogueira e Tayná Scandiuzzi de Brito, pela parceria, encontros, aprendizado e risadas no meio do caminho.

Aos meus professores, analista, supervisores e colegas da psicanálise, por sempre me instigarem a conhecer mais de mim, do outro e das coisas do mundo. Em especial à Mariângela Mendes de Almeida e à Maria Cecília Pereira da Silva, por dividirem seu conhecimento com amor e o amor pelas mães, pais e bebês

Agradeço aos meus pais, Mauro e Maria José, por terem me tornado filha. Porque sou filha, posso ser tudo mais que sou.

Ao meu marido, Marcelo, que me acompanha com amor, paciência e generosidade em todas as minhas empreitadas.

Agradeço ao meu filho, Samuel, por ter me escolhido como sua mãe e me dado a chance de entrar em contato com as minhas sombras e minha luz.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, por serem e por estarem, sempre. E às minhas primas, Caroline e Tatiana, pelo interesse e por vibrarem pelo trabalho que realizo.

À minha velha amiga, Nívea Marques Nogueira, pela leitura e pela troca sincera.

Às minhas mais novas amigas, com quem encontrei em terras distantes, Ana Cristina Wey, pela disponibilidade e leitura atenta, Glenda Cunha pela leitura cuidadosa e revisão, Charlene Keiko, por estar a postos no último minuto, Maína Olbertz Karam e Rafaela Cao, por serem a minha rede de apoio. Minha eterna gratidão.

Aos meus amigos do mundo todo, do Brasil, da Inglaterra e do Vietnã, por sempre povoarem o meu país psíquico com amor.

À CAPES, pelo apoio financeiro tão necessário para que esta pesquisa acontecesse.

RESUMO

GERALDINI, S. A. R. B. **Você me abre os braços e a gente faz um país:** construindo um país psíquico para a parentalidade de mães em vulnerabilidade no contexto da intervenção mãe-bebê, 2020. 181 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Os bebês nascem equipados para se relacionar com os seres humanos. No entanto, não sobrevivem se não forem cuidados. Por sua vez, o lugar do pai e da mãe não está garantido com o nascimento do filho, fazendo-se necessário a sua construção. A parentalidade é um processo longo, que abarca os aspectos inter e transgeracionais do que é transmitido psiquicamente entre as gerações, e que influenciará na forma como poderão exercer a função parental. As dificuldades inerentes ao estabelecimento do vínculo pais-bebê e o estabelecimento da parentalidade podem se amplificar quando há a presença de vulnerabilidades que impactam a vida psíquica de ambos. Assim, a finalidade deste estudo é iluminar os estados psíquicos de mães que tiveram um bebê após terem um filho diagnosticado com TEA, e como se deu para elas a construção da parentalidade, ao terem que lidar com as especificidades dessa vulnerabilidade, bem como as suscitadas pela condição de ser mãe migrante. Por meio de uma pesquisa qualitativa, balizada teoricamente pela psicanálise, se estudou três mães brasileiras e três bolivianas, e seus bebês. Foram propostos 12 encontros com cada díade. O instrumento utilizado foi o da intervenção na relação mãe-bebê, pelo qual foi observado como se dava a interação entre eles e deles com as pesquisadoras, e se buscou intervir no vínculo. Foram verificadas possíveis confluências e divergências presentes no material, a partir da análise separada de cada caso. Tendo em vista os atravessamentos que precisam ser transpostos pela mãe para a efetivação da parentalidade, a pesquisa revelou a importância de se considerar as especificidades vividas pela mulher em relação ao TEA e a migração. O estudo verificou que o isolamento presente nos estados autísticos, também pode ser vivido na migração. Ele foi gatilho para que as seis mães vivessem a solidão e o desolamento no vínculo com os seus bebês, comprometendo a função materna. Por outro lado, serviu para que fossem ouvidas e acolhidas. As dificuldades impostas pelos cuidados com o filho com autismo, a falta de reciprocidade por parte deste às suas investidas, o susto com o diagnóstico e a iminência de sua reincidência impactavam na forma como essas mães viam os seus bebês reais. Igualmente, impactavam na confiança que tinham nas próprias capacidades para desempenharem as funções maternas e, de que não eram as responsáveis por esse transtorno. No caso das mães bolivianas, essas questões pareciam ser secundárias, diante do fato de viverem apartadas da sua cultura e sociedade, não encontrando acolhimento e suporte na nova cultura à sua maneira de parentalizar. A intervenção se mostrou um instrumento pujante para desenvolver ou resgatar competências nas mães e nos bebês, para o estabelecimento e desenvolvimento do vínculo. Por último, se verificou a necessidade de se criar políticas públicas na área da prevenção junto à essas famílias, e de se ampliar a produção científica, no campo da psicanálise, psicologia e saúde pública, onde a temática do autismo, da migração e da parentalidade sejam relacionadas.

Palavras-chave: autismo, migração, intervenção, relações pais-bebê, psicanálise, saúde mental

ABSTRACT

GERALDINI, S. A. R. B. **You open your arms to me and we make a country together:** building a psychic country for the parenting of mothers in vulnerability in the context of the mother-baby intervention, 2020. 181 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Babies are born equipped to connect to humans. However, they don't survive if not cared for. On the other hand, the parents' role is not guaranteed with the child's birth, making it necessary to be built. Parenthood is a long process, encompassing the aspects inter and transgenerational of what is transmitted psychically among generations, and will affect the way they can perform the parental role. The difficulties related to the establishment of the parent-baby bond and the constitution of parenthood might be amplified when there is vulnerability that impact the psychic life of them. Thereby, the purpose of this study is to enlighten the psychic state of mothers that had babies in the aftermath of having a child diagnosed with autism, and how the process of becoming a mother happened to them when dealing with the specifics of this vulnerability, just as the ones raised by the condition of being a migrant mother. Three Brazilian mothers and three Bolivians and their babies were studied through qualitative research, theoretically supported by psychoanalysis. We proposed 12 meetings with each dyad. The approach used was the intervention on the mother-baby relationship, which observed how the interaction happened between them and with them and the researchers, it was sought to intervene on the bond. Possible confluences and divergences present in the material were verified, through the separate analysis of each case. Bearing in mind the obstacles that need to be transposed by the mother for the establishment of parenthood, the research revealed the importance of considering the specific circumstances lived by the woman regarding the presence of ASD and migration. The study verified that the isolation present in the autistic states, can also be lived in the migration. It appears to be the trigger so that the six mothers live in loneliness with the misery of the bond they have with their babies, compromising their role as mothers. On the other hand, this has acted for them to be listened to and cared for. The difficulties imposed by the care of their child with autism, the lack of reciprocity by this to her advances, the shock of the diagnosis and the imminence of its recurrence affected the way these mothers perceived the real babies. Likewise, impacted by the trust that they had on their own abilities to perform the mother role. In the case of the Bolivian mothers, these issues seemed to be secondary, in the face of the fact that they lived apart from their society and culture, not having encountered care and support on their way of parenting. The intervention has shown to be a thriving instrument to develop or recover the capacities of the mothers and babies, for the establishment and creation of the bond.. Last, but not least important, it was observed the necessity in creating public policies in the prevention area with these families, decreasing their suffering, and in expanding the scientific production, in psychoanalysis, psychology and public health fields, where autism, migration and parenting themes are related.

Keywords: autism, migration, early intervention, parent-infant relationship, psychoanalysis, mental health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADBB	Alarm Distress Baby Scale
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
IRDIs	Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
SRQ-20	Self Reporting Questionaire
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TCM	Transtornos mentais comuns

SUMÁRIO

Apresentação.....	13
Capítulo I – O Campo da Parentalidade.....	19
Definindo parentalidade.....	19
Tornar-se mãe: Da esfera psíquica da gravidez ao vínculo com o bebê real.....	22
Capítulo II – Os Impactos do Autismo e da Migração na Parentalidade.....	26
Um pouco sobre o autismo.....	26
Parentalidade e autismo.....	29
Ser migrante e sua condição.....	33
Migração e saúde mental.....	35
Parentalidade e migração.....	37
Capítulo III – Nossos Vizinhos – Os Bolivianos.....	42
A mulher boliviana.....	43
Migração boliviana em São Paulo.....	46
Capítulo IV – Sobre a Pesquisa.....	53
Justificativa.....	53
Objetivos.....	54
O método qualitativo e a perspectiva clínico-qualitativa.....	55
Instrumentos.....	57
Procedimentos.....	58
Participantes.....	60
Aspectos éticos.....	63
Análise de conteúdo dos dados na perspectiva clínico-qualitativa.....	64
Capítulo V – Apresentação dos Casos.....	66
Daniele e Alice.....	67

Janaína e Juliano.....	75
Regina e Renan.....	86
Pillie e Sarah.....	98
Maria e Gracia.....	112
Nina e Daniel.....	126
Capítulo VI – Discussão Geral.....	153
Sobre os caminhos da pesquisa.....	153
Configurações Familiares: Ingredientes da Parentalidade.....	154
Os fantasmas da parentalidade: Um resgate.....	154
Parentalidade legitimada.....	157
O bebê sem lugar.....	160
Repetição ou Elaboração? Enfrentando o Autismo.....	162
Protegendo-se contra o susto: O inesperado podendo ser elaborado.....	163
Préstimo fraterno.....	165
Solidão: Desolamento interno.....	167
Transpondo o Impasse: O que Pode Mudar?.....	169
Um sujeito no TEA.....	170
Bebê competente.....	172
Podendo sonhar.....	175
Um país chamado intervenção.....	177
Capítulo VII – Considerações Finais.....	179
Revisão Bibliográfica	
Anexo	

APRESENTAÇÃO

Há bastante tempo o mundo dos bebês e de suas mães é de meu interesse. Ainda na graduação, em psicologia, fui convidada a observar um bebê em uma creche da rede pública, com o objetivo de contribuir para o seu desenvolvimento psíquico e físico, uma vez que eram motivo de preocupação das profissionais dessa instituição. Ele ainda não estava andando, apesar de ter mais de 1 ano, e a sua interação com o outro era empobrecida, não buscava o contato e demorava para responder ao mesmo. Porém, na interação comigo, chamou-me a atenção o contrário; a rapidez com que se vinculou e respondeu aos meus investimentos. Conjecturei ser ele um bebê que precisava ser convocado com mais frequência, o que era difícil de ser feito, por exemplo, pelas profissionais, uma vez que elas tinham mais 30 outros bebês para cuidarem. Contudo, quando isso aconteceu, ele respondeu ativamente e despertou a curiosidade do outro para que o olhasse.

Essa troca em via de mão-dupla me levou a formular inúmeras questões: como se dá o desenvolvimento psíquico do ser humano; quando ele tem o seu início; o que está em jogo para que aconteça e o que pode dificultar o seu estabelecimento, podendo levá-lo a apresentar dificuldades que seriam difíceis de serem revertidas. Assim, encontrei na psicanálise diversos autores que se propuseram a estudar essa temática e a expuseram de forma que fazia sentido para mim, estando de acordo com a maneira como eu podia, naquele momento, refletir sobre o desenvolvimento humano e as relações interpessoais.

Ao mesmo tempo, busquei na prática elementos que pudessem me ajudar a ampliar e enriquecer tais reflexões. Logo, quando encerrei a graduação, iniciei uma especialização em Psicologia da Infância, no Departamento de Saúde Mental da Pediatria do Hospital São Paulo – UNIFESP. Considero que esse foi o início oficial do meu mergulho no aprendizado sobre o desenvolvimento emocional das crianças e como elas interagem com o mundo. Desse aperfeiçoamento, comecei uma formação em Psicanálise com Crianças, no Instituto Sedes Sapientiae, buscando me familiarizar mais e aprofundar o meu conhecimento a respeito das teorias acerca do desenvolvimento psíquico e das interações intersubjetivas, que até então ainda me eram bastante novas.

Em seguida e já com algum percurso nessa temática, me voltei para a clínica 0-3. Desejava me deter um pouco mais na constituição do psiquismo, no aprendizado dos

estados primitivos da mente e nos processos de simbolização. Foi quando iniciei um aperfeiçoamento, também no Instituto Sedes Sapientiae, a respeito das Relação Pais-Bebê: Da Observação à Intervenção. Pela primeira vez, entrava em contato com o Método de Observação Infantil, pensado por Esther Bick (1963/1984), treino obrigatório para a prática da psicanálise, tanto na *Tavistock Clinic*, quando em alguns Institutos de Psicanálise ligados à IPA – *International Psychoanalytical Association*.

Agora, o meu objetivo era me aprofundar nesse método, que nos prepara para entrar em contato com os estados não integrados da mente, ainda em construção, a partir da observação da relação de uma mãe com o seu bebê, desde o nascimento até o seu segundo ano de vida, na residência da díade, com frequência semanal e duração de uma hora. Sendo apresentada em seminário clínico posteriormente, no qual se fazia conexões com a teoria psicanalítica. Voei longe e cheguei em Londres, na *Tavistock and Portman Clinic – NHS Foundation Trust*. Iniciei o mestrado em *Early Years Intervention – Infant Mental Health* (Intervenção nas Primeiras Relações – Saúde Mental Infantil).

Além dessa observação, faz parte do treino do analista na *Tavistock Clinic*, a Observação Participativa, que tem outro *setting* que não a casa da família. Realizei esta última em uma unidade de terapia intensiva neonatal, observando oito bebês extremamente prematuros, nascidos na 24ª semana de gestação, e suas mães. Debrucei-me sobre o tema do desenvolvimento psíquico de bebês que ainda não estavam prontos para nascer. O meu interesse era aprender, com os ensinamentos da observação, como eles se tornavam sujeitos. O desenvolvimento psíquico era igual ao de um bebê nascido a termo? Quais os impactos da prematuridade para tal desenvolvimento? E como era a relação com a mãe? Como esta participava da construção do psiquismo do seu bebê? Em última instância, como se dava a constituição do psiquismo dentro da situação de risco que é inerente à prematuridade?

Dessa experiência, resultou a minha dissertação de mestrado (GERALDINI, S. A. R. B., 2013). Constatei, que apesar do bebê buscar o outro desde o nascimento, a mesma estava presente, ainda comprometida, uma vez que se dava de forma lenta e discreta. Por outro lado, os pais e profissionais desempenhavam papel extremamente importante para que esse bebê se desenvolvesse não só física, mas psiquicamente. Faziam isso, sobretudo, dando sentido às tentativas de comunicação deste último. Contudo, olhar para aquele que ainda não estava pronto para nascer, portanto, pronto para ser visto, causava dor e

angústia. Somado a esses sentimentos, existia a iminência da morte, o que podia dificultar o estabelecimento da relação mãe-bebê, bem como o desenvolvimento da parentalidade.

De volta ao Brasil, conheci a pesquisadora Dra. Julia Durand e o Prof. Dr. Rogério Lerner. Eles estavam iniciando uma pesquisa de pós-doutorado com mães e bebês, irmãos de crianças com autismo, intitulada: “*Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): caracterização do vínculo e avaliação de um modelo piloto de intervenção*” (financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) com o processo número 13/25332-6 e pela Associação Internacional de Psicanálise com o processo número 1740613). O objetivo era se avaliar mães de crianças com TEA, que tiveram um bebê posteriormente, no que dizia respeito à sua saúde mental. Igualmente, se avaliar o desenvolvimento psíquico dos bebês irmãos e a relação da díade. Posteriormente, oferecer intervenção para a relação mãe-bebê, com o intuito de se verificar se tal método de trabalho era eficaz na diminuição do sofrimento dessa população.

Juntei-me a eles e iniciei um trabalho como pesquisadora de treinamento técnico III. Participei dos treinamentos das escalas que seriam utilizadas no processo de avaliação, bem como da construção do campo de pesquisa e das avaliações de fato. Como o número de sujeitos participantes era alto, o grupo de pesquisa contou com outras pesquisadoras que puderam se dedicar a etapa de avaliação das díades. Assim, fui convidada a participar da etapa de intervenções, juntamente com a pesquisadora Dra. Julia Durand.

Nesse momento, iniciei o meu trabalho como psicóloga colaboradora no Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), na equipe da psicanalista Vera Zimmermann, que trabalhava com a primeiríssima infância, clínica 0-3. Durante esse período, atendi algumas famílias que tinham filhos dentro do TEA ou que chegavam até essa instituição em busca de um diagnóstico para o que consideram “não ir bem”.

Chamava-me a atenção o paradoxo vivido tanto por essas famílias, quanto pelos profissionais que com elas trabalhavam. Os pais chegavam muito cansados, pois já haviam percorrido um caminho até ali, na tentativa de obterem respostas para as suas angústias. Ao mesmo tempo, a possibilidade do diagnóstico de autismo ser confirmado,

fazia com que alguns deles negassem a própria queixa que haviam formulado, ou seja, de que notavam um comportamento diferente dos filhos.

Por sua vez, os profissionais lidavam com a angústia da incerteza e da pressa pela resposta imediata. Era difícil fechar tal diagnóstico, que é clínico, mas não podiam perder tempo. Diante disso, muitas famílias relataram que comumente ouviam que era preciso esperar, pois seus filhos ainda eram novos e tinham tempo para se desenvolverem ou o oposto, se queixavam da rapidez com que os profissionais diziam que eles estavam dentro do TEA.

O fato era que, apesar do aumento dos casos de crianças com autismo no mundo, levando a comunidade científica a realizar estudos a fim de compreender essa patologia, ainda havia um longo caminho pela frente e bastante confusão. Na *internet*, algumas comunidades de pais usavam as redes sociais, buscando e trocando informações, assim como buscando conforto frente a possibilidade do autismo. No entanto, algumas dessas informações ainda não foram validadas cientificamente, contribuindo para o aumento do estado confusional de familiares e profissionais. Hoje, o que é sabido é que o TEA é um transtorno multifatorial e que, devido a plasticidade neuronal, a realização de intervenções com a família se faz necessário, pois elas são consideradas população de risco.

Concomitantemente, a pesquisa avançava e o campo já estava delineado. Com isso, encontramos mães migrantes, bolivianas, dentro do grupo para o qual foi oferecido intervenção. Ao todo, 24 díades receberam esta última, sendo que realizei 11 delas. As três mães bolivianas que participaram dessa etapa da pesquisa foram vistas por mim e pela pesquisadora co-terapeuta. Nesse momento, havia ingressado em um novo mestrado, que durante o exame de qualificação mudou, passou para doutorado direto.

Percebi que eu continuava habitando o mundo mãe-bebê e, mais especificamente, mãe-bebê em risco. Da prematuridade, tomei o caminho do TEA. Todavia, o meu foco continuava sendo a interação da díade. Do interesse no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e qual era o papel da mãe nesse desenvolvimento, durante o mestrado, comecei a me indagar a respeito de quais eram os efeitos no psiquismo da mãe, o desenvolvimento e cuidados exigidos pelo filho com TEA, durante o doutorado. Aprofundando essa

questão, questioneei quais seriam os efeitos para a construção da parentalidade na relação dessa mãe com o bebê, que nasceu posteriormente a esse filho com autismo.

Já realizando intervenções junto às mães bolivianas, momento em que eclodia no mundo os deslocamentos em massa, chamando a atenção das diferentes sociedades para se responsabilizarem em relação à situação dessas pessoas que deixavam seus países fugindo de conflitos políticos, religiosos ou em busca de melhores condições de vida, entrei em contato com a literatura acerca dos movimentos migratórios e aprendi que essa população também era considerada vulnerável, pois vivia em risco. Uma pergunta veio à minha cabeça: Como era ser mãe de uma criança com autismo e ter outro bebê enquanto se vive em um país que não é o seu de origem?

Dessa forma, este estudo tem como objetivo refletir sobre os estados psíquicos de seis mães, três bolivianas e três brasileiras, no momento que elas se tornam mães novamente, após terem um filho diagnóstico com autismo. Como elas poderiam construir a parentalidade enquanto enfrentavam a condição de vulnerabilidade vivida frente ao TEA e a migração, no caso das três primeiras.

Tal objetivo se justifica pelo fato de se tratarem de populações em risco. Entende-se por risco:

[...] a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente [...] calcula-se o risco quantificando, dividindo o número de vezes que ocorreu, pelo número de potencial eventos que poderia ter ocorrido (LUIZ; COHN, 2006, p. 2342).

Mais especificamente, como risco psíquico “[...] condições ou variáveis que estão associadas a uma alta possibilidade de ocorrência de resultados negativos ou não desejáveis.” (SIQUEIRA; DELL’AGLIO, 2007, p. 135).

Outro fator relevante é o de se buscar maior compreensão a respeito dos efeitos do TEA para a saúde mental da mãe, bem como para a construção da sua parentalidade quando ela se torna mãe novamente. Os estudos nesse campo são mais frequentes em relação ao diagnóstico e tratamento da criança com autismo. Igualmente, há necessidade

de se compreender mais profundamente os efeitos da migração na saúde mental e construção da parentalidade das mães migrantes, e como os profissionais de saúde e educação podem trabalhar de forma mais efetiva, visando diminuir o sofrimento dessa população, não perdendo de vista o conhecimento e respeito pelas diversas culturas.

Importante apontamento é o de que não foram encontrados estudos que abordassem concomitantemente o processo de construção da parentalidade em mães migrantes, com um filho com TEA, mais especificamente, mães bolivianas. Senso assim, esta pesquisa se mostra de enorme relevância, tendo em vista o crescimento da população boliviana no Brasil, sobretudo São Paulo, onde nos localizamos, e o aumento do diagnóstico de autismo dentro dessa comunidade.

Do ponto de vista metodológico, este estudo segue o método qualitativo, com apresentação de seis casos, cada um referente a uma díade, que receberam intervenção na relação mãe-bebê, no CAPSi onde o filho com TEA era atendido. O material apresentado foi coletado durante os 12 encontros com frequência semanal com cada díade, que foram filmados para melhor apreensão e reflexão das diferentes formas de comunicação entre mãe e bebê, bem como deles conosco, pesquisadoras.

A estrutura da apresentação dos casos segue os agrupamentos teóricos que surgiram após os vídeos serem assistidos e as interações transcritas, onde se buscou manter uma leitura flutuante, atentando-se para as repetições e o que se mostrou mais relevante na história de cada mãe e bebê. Posteriormente, esses agrupamentos foram codificados em categorias, para que tivessem seu estado bruto transformado em possíveis representações de conteúdo, que foram articulados à teoria anteriormente apresentada.

Por fim, é importante esclarecer que se adotou o termo migrante ao invés de imigrante, por ser ele o mais usado atualmente, uma vez que é considerado mais inclusivo e mais genérico no que se refere ao deslocamento de pessoas. Em 2017 a lei da migração substituiu a lei do estrangeiro, no Brasil, em consonância com esse pensamento.

CAPÍTULO I – O CAMPO DA PARENTALIDADE

O presente capítulo tem como objetivo refletir sobre os principais elementos da construção da parentalidade, partindo-se do referencial psicanalítico. Tornar-se mãe e pai faz parte de um processo que sofre muitas transformações. O seu início se dá na infância, quando cada indivíduo do casal parental ainda é filho e possui uma história particular, até que se tornam um casal de fato e, posteriormente, pais. A cada nova gestação o processo de parentalizar a criança é único.

Portanto, a parentalidade não se dá com o nascimento do bebê, mas na pré-história da criança que virá a ser mãe e pai, como aponta Mirian Szejer (2002) e nas brincadeiras e fantasias das crianças e adolescentes, como pontua Stern (1997). A maneira como a mãe e o pai exercerão os seus papéis com a chegada do filho pode em muito ser influenciada pelas identificações ocorridas enquanto eles ainda eram filhos.

Freud (1914/2010a), foi pioneiro ao postular que o infantil está sempre presente no nosso psiquismo. Quando escreveu sobre o narcisismo e o Complexo de Édipo, disse que o amor dos pais pelo filho era um retorno ao próprio narcisismo primário. É a partir desse narcisismo que os pais poderão investir libidinalmente o filho. Também, que o lugar do bebê estava atrelado à resolução edípica¹.

Mas afinal, o que é a parentalidade?

Definindo parentalidade

Parentalidade é um neologismo que passou a ser usado na psicanálise francesa nos anos 60, para definir os processos envolvidos na construção do papel da mãe e do pai.

Esse termo foi criado por Paul-Claude Recamier, que estudava as psicoses puerperais e tentou definir os processos psicoafetivos presentes na mulher quando ela se torna mãe. Ele pensou em uma tradução para o termo *motherhood*, maternidade em inglês, mas sentiu necessidade de encontrar outro com significado mais dinâmico que o de

¹ Segundo Freud (1914/2010a), a resolução edípica ocorre quando a criança consegue estabelecer uma relação triangular com os seus pais, identificando-se com um deles, sem excluir o outro.

maternidade e chegou em maternalidade. Posteriormente, acrescentou a estes os neologismos: paternalidade e parentalidade (SILVA, 2014).

Houzel (2004) propôs três eixos existentes dentro da parentalidade: 1- o exercício da parentalidade: que situa o indivíduo nos seus laços de parentesco, com direitos e deveres; 2- a experiência da parentalidade: que abrange a experiência subjetiva consciente e inconsciente do processo de tornar-se pais e de desenvolver os papéis parentais. Tal experiência engloba diferentes aspectos, tais como o desejo de se tornar pais e o próprio processo de transição em direção à parentalidade e 3- a prática da parentalidade: que são os cuidados físicos e psíquicos dos pais em relação às crianças e que as inscrevem como filhos (SILVA, 2014).

Como vemos estes dois autores supracitados assinalam que não basta ser genitor, nem ser designado como pais, pois o tornar-se mãe e pai é um processo complexo e desafiador do funcionamento mental, que abrange níveis conscientes e inconscientes. Nas palavras de Silva (2014, p. 23):

Para além da procriação e da função biológica, a parentalidade é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. É uma reflexão sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas num contexto psicossocial. O conceito de parentalidade, portanto, contém a ideia da função parental e a ideia de parentesco, e a história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento.

Segundo Lebovici (2004), a ideia de parentalidade não tem apenas um sentido biológico. Ela também engloba um trabalho interior a respeito da transmissão intergeracional, relativa à transmissão de pais para filhos. É o produto do parentesco biológico somado a parentalização dos pais.

Parentesco significa cosanguinidade, aliança que liga as pessoas entre si. Também tem um caráter jurídico, que legitima se uma determinada pessoa é descendente de outra e ambas têm um ancestral em comum. Já a parentalidade significa o estudo dos vínculos de parentesco e os aspectos psicológicos presentes nos mesmos (SOLIS-PONTON, 2004).

Freud, em *Totem e Tabu* (1912/2010b), postulou sobre os processos psíquicos envolvidos na parentalidade. Ele apontou para o fato do parentesco e da cultura serem organizações fundadoras do indivíduo. O parentesco é construído no aparelho psíquico por meio da intersubjetividade e da transmissão transgeracional, que contém a história dos pais, dos avós, dos conflitos, das relações, do lugar da criança, etc.

A história de origem do bebê é importante para o processo de filiação. Quando os pais desejam se tornar pais, eles sonham com uma criança. Esse sonho e desejo são importantes para que a criança sinta que tem um lugar de pertencimento, tenha uma história, pois é isso que a constitui psicologicamente. Golse (2003) fala sobre isso quando diz que ao nascer, o bebê traz consigo seu equipamento neurobiológico, genético e bioquímico e se encontra com a realidade do mundo exterior e seus simbolismos. Pela imaturidade inerente à sua condição, necessita da presença de outros para adentrar o universo simbólico e precisa também de uma história.

Mesmo os bebês têm necessidade de uma história, uma história médica sem dúvida, uma história genética, bioquímica, cognitiva, uma história de seu equipamento corporal, mas ele tem necessidade também, e imediatamente, de se inscrever em uma história familiar, uma história cultural, uma história de grupo para poder se apropriar do pensamento e da linguagem que existem, seguramente, no mundo onde ele chega e que o precede. Mas, para deles se apropriar, o bebê tem necessidade do corpo e do grupo: de seu corpo e de seu grupo familiar, social e cultural, que é um modo de falar do modelo polifatorial. Eu creio que essa é uma das grandes forças do bebê, de exigir de nós ser mantido nessa perspectiva (p. 19).

Portanto, estudar a parentalidade significa estudar os vínculos afetivos entre pais e filhos, que se estabelecem muito cedo e sob os quais se constrói a vida psíquica do bebê. O processo de se tornar pai e mãe é construído na mente destes últimos. Esse processo, bem como o processo de se tornar filho, igualmente construído, engloba a história do bebê, dos seus pais, avós, aspectos intergeracionais e transgeracionais (SILVA, 2014).

Indo além, estudar a parentalidade significa estudar o mandato transgeracional, assim chamado por Lebovici, Solis-Ponton e Barriguette (2004) e os conflitos inconscientes, que são característicos desses aspectos inter e transgeracionais acima citados, transmitidos por ele. A partir desse mandato, a parentalidade pode ser exercida

de maneira criativa ou sintomática, transmitindo para as gerações futuras a história transgeracional ou repetindo os conflitos do passado (ZORNIG, 2010).

Tornar-se mãe: Da esfera psíquica da gravidez ao vínculo com o bebê real

A gravidez é um período de vida no qual a mulher experencia diferentes mudanças psíquicas que a preparam para gerar um novo ser e para se reconstruir em função do seu novo papel, o de mãe. No entanto, como ressaltam Brazelton e Cramer (1992), esse período reflete toda a sua vida anterior: suas experiências com seus pais, a fase edípica, os processos de separação em relação a estes últimos; podendo proporcionar a reelaboração de experiências passadas, conscientes e inconscientes, e de conflitos não resolvidos, sobretudo os da infância. Também, é um período onde ocorrem mudanças significativas de identificação da mãe com as figuras parentais (NIX, C.; ANSERMET, F., 2009; ZORNIG, 2010), especialmente da mãe com a sua própria mãe, em relação as tarefas maternas, e com o bebê que espera e ainda não nasceu, elaborando os papéis e atributos de cada um.

Houzel (2004) refere-se à *preocupação materna primária*, descrita por Winnicott, à *transparência psíquica*, retratada por Bydlowski e à *constelação da maternidade*, especificada por Stern para falar dessas modificações psíquicas.

Winnicott (1956/2000) pensou a *preocupação materna primária* como uma condição psicológica particular, experienciada no final da gravidez e início de vida do bebê, na qual se percebe um estado de sensibilidade exacerbada na mãe, para que ela se identifique com o filho recém-nascido e, dessa forma, se vincule a ele, atendendo às suas necessidades e o ajudando a se desenvolver emocionalmente. Winnicott enfatizou que se não fosse por conta da gravidez, a *preocupação materna primária* seria considerada uma doença e que o que permite a entrada da mãe nessa condição psicológica particular é o fato dela mesma ter sido bebê um dia e, por isso, ter lembranças e recordações de quem a cuidou.

A gravidez pode despertar ansiedades e conflitos latentes na mulher, bem como a busca de novas potencialidades, com maior engajamento, por se tratar de um período específico, que mobiliza energias psíquicas, levando à mãe a experimentar um estado psíquico particular, segundo Bydlowski (2002). Nesse período a mulher experimenta um

rompimento no equilíbrio da sua energia psíquica, levando-a ao estado de transparência, no qual chegam à consciência fragmentos provenientes do inconsciente e pré-consciente. Há uma correlação da gestação atual com lembranças do passado, devido à diminuição das resistências. Tal estado foi denominado por Bydlowski de *transparência psíquica* e é marcado por um grande investimento na história pessoal da mulher, englobando os conflitos da infância.

Esta autora ainda pontua que a gravidez se torna, para a mulher, uma experiência de reencontro consigo mesma e há um investimento maior no bebê do que em outras pessoas e atividades. Todavia, nem sempre esse investimento coincide com a chegada deste último e, algumas mães, podem encontrar dificuldades em olhar para o bebê real, à medida que tentam reter as fantasias em relação ao bebê sonhado.

Quando não há correspondência entre o bebê imaginado e o real, os pais vivem um luto difícil e têm uma dupla tarefa, que é investir o bebê com suas fantasias narcísicas e fantasmáticas e reconhecer a alteridade do mesmo, aceitando-o e respeitando-o para de fato conhecê-lo e inscrevê-lo em uma história familiar, onde o novo impera mais do que a repetição do passado (ZORNIG, 2010).

Daniel Stern (1997) descreveu uma nova organização psíquica na qual a mulher se encontra quando se torna mãe, a qual nomeou *constelação da maternidade*. Trata-se de uma organização temporária, que pode durar mais ou menos tempo, dependendo de cada mulher, e que tem como características principais: tendências à ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Ele ressalta que a mesma é um fenômeno observado em sociedades ocidentais, pós-industriais.

A *constelação da maternidade* se refere a três preocupações e discursos diferentes, porém, que estão relacionados, a saber: o discurso da mãe com a própria mãe, especialmente a mãe que teve quando criança; o discurso da mãe consigo mesma, especialmente com ela mesma enquanto mãe e o discurso da mãe com o seu bebê.

Para além destes estudiosos, citados por Houzel, Bion (1962), também contribuiu com o entendimento de que a gravidez e o início de vida do bebê fazem parte de um momento particular na vida da mãe, que sofre mudanças psíquicas importantes e que podem ajudá-la a construir a parentalidade, a partir do momento que se identifica com o bebê e estabelece com ele um vínculo. Bion escreveu sobre a *reverie* materna, a *função*

alpha, os *elementos beta* e a capacidade de *continência*. Ao se identificar com o bebê, uma vez que seu estado de mente se encontra receptivo aos mecanismos de identificação projetiva transmitidos à ela por este último, a mãe é capaz de nomear, dar forma, significar, tranquilizar, digerir e transformar as experiências sentidas como catastróficas por ele, bebê – nomeadas de *elementos beta* – e lhe devolver de forma que ele mesmo possa dar conta de metabolizá-las. Os *elementos beta* são transformados em *alpha* e a mãe oferece ao bebê *continência* por meio desse processo.

Como dito anteriormente, o processo de parentalidade não acontece quando o bebê nasce. Ele tem seu início anteriormente a esse período, como temos discutido aqui. Ainda, tem como co-autor importante o próprio bebê, que é participante ativo nesse processo. Como disse Lebovici (LEBOVICI apud SOLIS-PONTON, 2004, p. 32), “*o bebê faz seus pais*”. Portanto, a forma como ele se relaciona e responde aos seus pais também está em jogo e pode facilitar ou dificultar o vínculo entre eles.

Bernard Golse (2002), falou sobre quatro tipos de representação parental acerca do bebê: a criança fantasmática, que diz respeito à criança que cada pai tem em mente a partir da sua própria história; a criança imaginária, que é uma representação menos inconsciente de ambos os pais, ou seja, do casal; a criança narcísica, que está relacionada aos ideais dos pais, de como o filho irá sucedê-los e a criança mítica ou cultural, que está relacionada às representações coletivas de um momento determinado. Lebovici (1987) acrescentou a esses quatro tipos a criança real, que é a própria criança, representada pela sua corporeidade. É a partir do confronto entre os bebês fantasmático, narcísico, mítico e imaginário com o real que o bebê de fato pode encontrar o seu lugar na família.

Logo, a chegada de um bebê promove novas formações psíquicas no psiquismo dos pais, como afirma Stern (1997), que se dão não apenas por meio das representações parentais sobre o bebê, mas também, pela presença real deste e das interações entre ele, a mãe e o pai. As representações dos pais – que incluem fantasias, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelo de pais, profecias para o futuro do bebê, experiências a respeito das interações pais-bebê – são extremamente importantes para a

construção do senso de *self*² do indivíduo, o que torna esse processo importante para todos os envolvidos.

² Stern (1985, p. 6) fala sobre as capacidades perceptuais do bebê serem a base do seu senso de *self*. Para ele, há um senso de *self* anterior ao *self* consciente e à linguagem. Este pode ser um “senso de agência em relação à coesão física, à continuidade no tempo e à se ter intenções”. (tradução livre)

CAPÍTULO II – OS IMPACTOS DO AUTISMO E DA MIGRAÇÃO NA PARENTALIDADE

Como o objetivo deste trabalho é refletir sobre a construção da parentalidade de mães em vulnerabilidade ou em dupla vulnerabilidade, por já terem um filho com diagnóstico de autismo quando se tornam mães novamente e acrescido a isso, por se tornarem mães em terras distantes da sua, qual seja, outro país, este capítulo tem como finalidade, apontar os impactos dessas vulnerabilidades no processo de se tornar mãe, que como visto anteriormente é complexo, intenso, mobilizador, propiciador de inúmeras angústias, e, sobretudo, singular.

Um pouco sobre o autismo

Leo Kanner, em 1943 foi o primeiro a descrever o quadro do autismo e o fez a partir da observação de um grupo de crianças incapazes de estabelecer relações com outras pessoas. Atualmente, existem diferentes formas de se compreender o autismo, bem como suas causas, manifestações e tratamento (BOSA; CALLIAS, 2000).

Hoje o TEA é entendido como um distúrbio do desenvolvimento neuropsicomotor de etiologia poligênica e multifatorial, com causas orgânicas, genéticas e/ou psíquicas (BOSA; CALLIAS, 2000; GUPTA, 2006; KUPFER, 1999). Portanto, ele exige um olhar multidisciplinar, estabelecendo um diálogo entre diferentes áreas do conhecimento.

A quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM), lançado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, reuniu sob o mesmo diagnóstico, TEA, quatro distúrbios até então separados: Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global ou Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação. Assim, todos os quadros que apresentam, simultaneamente, dificuldades de interação social, déficits na comunicação e presença de interesses restritos e/ou comportamentos repetitivos passaram a fazer parte desse espectro.

Desde a publicação de Kanner até hoje os dados de prevalência do TEA tiveram uma elevação notável, mesmo havendo variação no que diz respeito aos instrumentos e critérios diagnósticos. Isso é atribuído, em parte, ao conhecimento dos profissionais de

saúde, que é maior atualmente, e à inclusão de outros quadros, mais leves, dentro da mesma categoria diagnóstica. Todavia, é possível que tenha havido um aumento real do número de casos.

A estimativa, que antes era de dois a quatro casos a cada 10 mil crianças (WING; POTTER, 2002), passou para um caso a cada 110 crianças em 2009 (Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos – *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC).

A presença de uma criança com autismo na família pode implicar em um rearranjo de todos os seus membros. É sabido que bebês irmãos de crianças com TEA são considerados grupo de risco a problemas do desenvolvimento, bem como os pais dessas crianças apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, de estresse e ansiosos (CASSEL, et al., 2007; BAKER-ERICZEN; BROOKMAN-FRAZEE; STAHLER, 2005; CRESPI, 2004; ELSABBAGH et al., 2012; HASTINGS et al., 2005; HOFFMAN et al., 2009; KASARI; SIGMAN, 1997; KOEGEL, 1992; OZONOFF et al., 2011; MONTES; HALTERMAN, 2007; OSBORNE; REED, 2010; QUINTERO; MCINTYRE, 2010; SLADE, 2009 e TAYLOR et al., 2012).

Como já apontado, componentes genéticos desempenham papel relevante na suscetibilidade aos TEA, somando-se a outros componentes. Importante medida da contribuição genética é a chance de recorrência em irmãos de crianças com esse diagnóstico. Pesquisas estimam taxas em irmãos entre 6,9% e 21% (GRONBORG, 2013; SUMI; TANIAI; MIYACHI, 2006; OZONOFF et al., 2011; MESSINGER et al., 2013; SANDIN et al., 2014). Ainda, exerce influência sobre o risco o número de irmãos mais velhos com esse diagnóstico, assim como o sexo do bebê (irmão mais novo). Essa taxa aumenta em duas vezes se mais de um irmão for diagnosticado com autismo e em quase três vezes se o bebê for menino (OZONOFF et al., 2011). Caso o bebê com autismo seja do sexo feminino, o risco também é elevado, sendo de 20% em contraposição a 7,7% (SUMI; TANIAI; MIYACHI, 2006).

Um amplo estudo longitudinal, a partir do banco de dados de todos os nascimentos ocorridos entre 1980 e 2004, foi realizado na Dinamarca (GRONBORG, 2013). O mesmo encontrou diferenças em relação ao grau de compartilhamento genético. A recorrência é maior, 6,9%, se os irmãos são filhos dos mesmos pais. Esta cai para 2,4% se eles são filhos apenas por parte de mãe e 1,5% se o são, por parte de pai. Tais variações sugerem

que não só os fatores genéticos contribuem para o TEA, mas também os fatores ambientais relacionados à gestação, uma vez que o risco aumenta quando os filhos compartilham metade da carga genética e o mesmo ambiente intrauterino.

Este estudo ainda apontou para o fenômeno conhecido como *stoppage*, que é a tendência de parte das famílias que tem um filho diagnosticado com TEA, de não ter mais filhos. Também, revelou uma possível diferença entre o perfil dos pais que optam ou não por terem mais filhos. Conjectura-se que o segundo grupo são os que os filhos apresentam TEA mais severo – provavelmente, com carga genética mais intensa – não subestimando assim o risco real de recorrência do transtorno.

Pesquisa semelhante, a partir do banco de dados dos nascimentos ocorridos entre 1982 e 2006, na Suécia, apontou que a taxa de recorrência do TEA entre irmãos dos mesmos pais era de 10,6%, 3,3% para filhos da mesma mãe, 2,9% para filhos do mesmo pai e de 2% entre primos (SANDIN et al., 2014). Por meio de cálculos estatísticos avançados, foi demonstrado que a taxa de herdabilidade do TEA se encontrava em torno dos 50%, sugerindo que os fatores genéticos explicam apenas metade do risco para o transtorno, contrariando alguns estudos prévios com gêmeos monozigóticos (BAILEY et al., 1995; HALLMAYER et al., 2011).

Além disso, irmãos de crianças com TEA têm maior chance de desenvolver outros problemas do desenvolvimento, tais como atraso de linguagem, dificuldades com integração sensorial, de comunicação e de regulação das emoções, em comparação com crianças que não têm irmão com esse diagnóstico. Isso pode ser explicado, entre outros motivos, pelo compartilhamento de endofenótipos entre autismo e diversos distúrbios de desenvolvimento (CASSEL, et al., 2007).

Em resposta a tais achados, esforços têm sido despendidos para o rastreamento de sinais iniciais de problemas do desenvolvimento em irmãos de crianças com TEA. A identificação desses sinais iniciais possibilita a instauração imediata de intervenções, o que tem se mostrado muito relevante, visto que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos (CHARMAN; BAIRD, 2002 e DAWSON et al., 2010). A plasticidade da estrutura anatomofisiológica cerebral nos primeiros anos de vida, bem como o papel fundamental das experiências de vida de um bebê para o funcionamento das conexões neuronais, tornam esse período um momento sensível e privilegiado para intervenções.

Nesse sentido, o desenvolvimento de ações que ampliem a detecção ainda nos primeiros meses de vida, bem como a criação de modelos de intervenção voltados para a melhora das condições de desenvolvimento dessa população, são medidas que devem estar na agenda de formuladores de políticas públicas nacionais e internacionais. Além disso, tem sido reconhecida demanda urgente de evidências científicas que contribuam para o estabelecimento de programas de identificação e intervenção dos TEA no Brasil. A crescente atenção a essa questão no país pode ser traduzida pela criação de um grupo de trabalho para atenção as pessoas com autismo no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como pelo alerta do Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, sobre a importância de se apoiar e subsidiar pesquisas em detecção e intervenção nessa área.

Como apontado antes, toda a família sofre os impactos quando uma pessoa é diagnosticada com autismo, não só os irmãos. A seguir, voltaremos o foco para os pais e como o processo de se tornar mãe e pai, quando chega um novo bebê ou mesmo quando a função materna e paterna em relação ao filho com TEA passa por outros desafios em comparação ao processo de parentalidade em pais que não precisam enfrentar essa vulnerabilidade.

Parentalidade e autismo

Em paralelo ao debate sobre a suscetibilidade dos irmãos, alguns estudos evidenciaram o impacto do cuidado de um filho com TEA na saúde mental dos pais, aumentando significativamente a chance de ocorrência de sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse. Os autores relacionam esses fenômenos à dependência e às dificuldades cognitivas do filho com autismo, além das limitações nas oportunidades da família e dos cuidados despendidos ao longo da vida (BAKER-ERICZEN; BROOKMAN-FRAZEE; STAHLER, 2005; BENSON, 2007; HOFFMAN et al., 2009; KOEGEL et al., 1992; MONTES; HALTERMAN, 2007; QUINTERO; MCINTYRE, 2010).

A partir desse dado outro estudo, este sobre a coparentalidade de pais de crianças com autismo, apontou para a necessidade de intervenções na dinâmica familiar, para promover uma divisão mais igualitária das tarefas, levando assim à uma redução da

sobrecarga materna e, conseqüentemente, de seu nível de estresse (SIFUENTES; BOSA, 2010).

Outras pesquisas revelaram, ainda, haver associação entre estresse dos pais e grau de dificuldade de interação social dos filhos com autismo (HASTINGS et al., 2005; KASARI; SIGMAN, 1997). Esses pais podem, ainda, apresentar níveis mais elevados de estresse e baixa qualidade de comunicação com seus filhos (OSBORNE; REED, 2010).

Um estudo comparativo entre pais de crianças com desenvolvimento típico, pais de crianças com Síndrome de Down e pais de crianças com TEA evidenciou diferença considerável no nível de estresse experienciado pelo último grupo, em contraste com os outros dois (HAYES; WATSON, 2013).

É consensual que a experiência de se ter e viver com uma criança com autismo afeta a capacidade e confiança dos pais para exercerem os seus papéis (KLAUBER, 1999). Segundo esta autora, outro ponto importante quando pensamos na parentalidade de pais de crianças com TEA é que, facilmente, eles vivem um estado de confusão entre os efeitos do autismo na vida da criança e da família, e as causas dessa patologia.

Klauber (1999), aponta que era comum, nos anos 40 e 50, nos Estados Unidos, os profissionais usarem as evidências encontradas após os encontros com a família como diagnóstico. Eles não levavam em consideração que o fenômeno por eles observado era resultado, muito mais, do trauma e da perda do bebê imaginário, e de ter conviver com o filho real.

É possível que essa tendência seja uma herança herdada de Kanner (1944) e sua visão da mãe da criança com autismo como sendo uma “mãe geladeira”. Tischler (TISCHLER apud KLAUBER, 1999) escreveu já nos anos 70 que não se tratava de culpabilizar os pais, mas pensar que todos deveriam se responsabilizar pela questão do autismo, inclusive os profissionais, que encontravam dificuldades em avançar nos estudos sobre a etiologia do mesmo. Ele vai adiante e aponta para a questão dos profissionais encontrarem barreiras para reconhecerem suas próprias dificuldades emocionais, que, provavelmente, também eram resultado de uma identificação excessiva com o sofrimento

da criança com autismo e seus familiares, levando-os a sentirem pena e/ou culparem estes últimos e a possíveis *acting out*³.

Apesar de haver um crescimento no número de pesquisas voltadas para os impactos do TEA na saúde mental dos pais e na relação destes com o filho com autismo e outros filhos – quando decidem ter – ainda é difícil encontrar estudos que apontem e discutam de forma mais profunda esses efeitos, como eles se colocam na relação pais-bebê e quais as formas de trabalho possíveis com as famílias. Existe na psicanálise alguns autores que se propõe a fazê-lo, como veremos a seguir. Contudo, mesmo dentro dessa teoria, os autores e estudiosos têm se debruçado mais a respeito do autismo em relação à sua detecção, aos sinais de risco para o desenvolvimento do bebê desde os primeiros meses de vida e as formas de intervenção e tratamento com o indivíduo com TEA.

Encontramos em Crespín (2004) importante contribuição dos efeitos do TEA na saúde mental dos pais, conseqüentemente, na relação pais-bebê, bem como pais e filhos, incluindo-se a criança com autismo. Ela ressaltou o *estado de sideração* vivido por eles. Segundo a autora, algumas mães encontram dificuldades em se comunicar com os seus bebês, tornando-se incapazes de codificar as demandas e cuidados destes últimos e de traduzi-las de forma que se tornem demandas com significados simbólicos. Isso acontece quando o desenvolvimento do bebê não caminha dentro dos limites da *opacidade do normal* – outro termo por ela usado para se referir à aparente simplicidade do desenvolvimento humano. Dificuldades na interação que os indivíduos com TEA desenvolvem com seus cuidadores, somados à sobrecarga nos cuidados dos quais necessitam, podem levar os pais a entrarem nesse estado. É importante ressaltar que no estado de sideração há, inicialmente, investimento dos pais nos filhos, o que vai ficando escasso a partir da ausência de respostas destes últimos.

A partir dessa mesma perspectiva, Araújo (2013) realizou uma pesquisa empírica com pais e bebês irmãos de crianças com TEA, apontando que a partir do nascimento do bebê, após uma primeira experiência com um filho com autismo, esses pais pareciam suspender os investimentos de suas capacidades parentais. Em contrapartida, os bebês solicitavam pouco a ajuda dos pais, indicando assim, dificuldades no estabelecimento de demandas para construir uma relação com o outro, o que está alinhado com o que pontuou

³ Mecanismo de defesa no qual, ao invés de colocar em palavras, o sujeito atua. Freud, em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914/2010a), apresenta a ideia do *acting out* como sendo um ato que não é passível de interpretação em uma análise.

Klauber (1999, p. 36): “As crianças com autismo não ajudam os seus pais a serem bons pais, percorrendo o caminho de aprendizagem mais comum, que muitas crianças e pais percorrem.” (tradução livre)

Slade (2009) é outra autora que pensou os efeitos do autismo na capacidade dos pais de serem pais e como isso se colocava na interação com os filhos. Ela descreveu o caráter paradoxal do processo de mentalização em pais de crianças com TEA, isso é, do processo de reconhecimento e atribuição de sentido aos estados mentais. Tal paradoxo se estabelece na medida em que, por um lado, crianças com autismo precisam mais do que crianças com desenvolvimento típico de investimento dos pais para o estabelecimento de contato afetivo e para a mediação com o mundo social, por outro, sua interação com os pais, ao menos antes das terapias, comporta escassas experiências de gratificações e recompensas relacionadas à reciprocidade e à sintonia afetiva. Além disso, em função das limitações de contato com os estados mentais dos outros, as crianças com autismo podem provocar nos pais sentimentos que são ao mesmo tempo assustadores e insuportáveis de serem processados emocionalmente dentro da própria relação. Assim, descreve a autora, os pais de crianças com TEA experimentam o difícil desafio de dar sentido a estados emocionais muitas vezes incompreensíveis, em contexto de ausência de gratificação ligada à reciprocidade e mutualidade, e na presença de fortes emoções.

O evitamento do contato visual e das expressões emocionais dos outros, a grande sensibilidade a mudanças de contingências e a restrição de interesses são características das crianças com TEA que afetam o estado emocional de seus pais desde idade precoce (SAINT-GEORGES et al., 2011). Lerner (2011), por exemplo, evidenciou que, na faixa de 12 a 18 meses de vida, a condição de bebês posteriormente diagnosticados com autismo deflagra nos seus pais intensa reação defensiva de afastamento. A chance média de as mães não lhes pedirem que nomeiem o que desejam, não se contentando apenas com pequenos gestos, é 6,3 vezes a de bebês com desenvolvimento típico. A chance média de pais de bebês com autismo não lhes colocarem pequenas regras de comportamento é 2,0 vezes a de bebês com desenvolvimento típico. Os pais que chegam a colocá-las fazem-no com taxa média de ocorrência por segundo 47,8% mais baixa do que os dos bebês com desenvolvimento típico.

Esses resultados apontam para a importância de se considerar um modelo mais amplo de detecção, que inclua não apenas rastreamento direto com o paciente, mas

também com os pais ou cuidadores. Além de sugerirem que um olhar mais aprofundado se faz necessário para se refletir sobre o conjunto de fatores envolvidos na dinâmica das relações familiares de crianças com autismo, propondo estratégias de intervenção que contribuam para a redução do sofrimento parental.

O objetivo a seguir é refletir sobre a migração e a parentalidade.

Ser migrante e sua condição

Antes de refletirmos sobre os efeitos da migração na parentalidade, se faz necessário entender o que é ser migrante e qual a sua condição.

Foi a busca de trabalho que fez nascer, existir o imigrante e nele está contido o germe da imigração de povoamento. A emigração é o início do processo de sair de um país, ou seja, está na origem da imigração. A princípio a presença do imigrante é estrangeira ou, pelo menos, percebida como tal, tornando-se assim uma presença provisória, ainda que se prolongue.

Segundo Sayad (1998), há uma distinção em relação à condição de ser estrangeiro, em um sentido mais amplo, e a de ser imigrante, podendo ser este um estrangeiro que vai além das fronteiras, mas não pode ultrapassá-las. Em suas palavras (p. 243):

Um estrangeiro, segundo a definição do termo, é estrangeiro, claro, até as fronteiras, mas também depois que passou as fronteiras; continua sendo estrangeiro enquanto puder permanecer no país. Um imigrante é estrangeiro, claro, mas até as fronteiras, mas apenas até as fronteiras. Depois que passou a fronteira, deixa de ser um estrangeiro comum para se tornar um imigrante. Se “estrangeiro” é a definição jurídica de um estatuto, “imigrante” é antes de tudo uma condição social.

Nesses últimos anos o mundo tem acompanhado o deslocamento de milhares de pessoas que deixam o seu país de origem, fugindo das guerras e condições de vida precárias, e que buscam países onde possam viver em segurança e de forma mais digna. A Síria é um exemplo disso, que também acontece em outros países e de forma tão brutal.

Massacrada pela guerra, milhares de sírios tentam entrar nos países centrais da Europa. Vivem a condição de estrangeiro, até se tornarem migrantes.

Koltai (1997) aponta para uma condição importante do estrangeiro, que pode se prolongar e ser a mesma do migrante.

Para o senso comum, hoje em dia, estrangeiro é alguém que vem de outro lugar, que não está em seu país, ainda que em certas ocasiões possa ser bem vindo, na maioria das vezes é passível de ser mandado para o seu país de origem, repatriado. A categoria sócio-política que o estrangeiro ocupa o fixa numa alteridade que implica, necessariamente, uma exclusão (p. 7).

Em consonância com essa fala, atualmente, podemos ver que mesmo que a onda dos deslocamentos em massa possa trazer compensação aos países procurados na Europa como destinos para os migrantes, no que diz respeito a, por exemplo, aumento da população, uma vez que há uma queda na taxa de natalidade de muitos deles, como é o caso da Alemanha, os migrantes não são vistos com bons olhos pelos nascidos nesses países. Segundo o professor da Universidade de Denver, Thomas Nail citado por Fioravanti (2015, p. 23) “A migração internacional é uma condição básica pela qual as sociedades e estados se formam, se expandem e se reproduzem”. Muitos talvez discordem dele.

Essa onda migratória não acontece apenas na Europa. O Brasil tem recebido um volume grande de migrantes há décadas, com aumento significativo na década de 80, com os bolivianos, e nos últimos anos com os haitianos. Mesmo os sírios têm vindo para cá. Como na Europa, por aqui os migrantes também não são bem vistos na maioria das vezes. De acordo com um estudo do instituto francês IPSOS (Fioravanti, 2015), quase metade dos entrevistados, 46%, em 24 países, no qual o Brasil está incluído, acredita que o migrante dificulta o acesso da população nativa à vagas de emprego. Apenas 21% dos entrevistados acredita que o impacto da migração no seu país é positiva. Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira, pesquisador do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) fala sobre isso em seu artigo “*Os invasores: As ameaças que representam as migrações subsaarianas na Espanha e haitiana no Brasil*”. Ele diz que os meios de comunicação vêm a chegada dos migrantes (NAIL apud FIORAVANTI, 2015, p. 19): “Como uma

ameaça, como se o país tivesse sendo invadido por uma horda de desocupados, baderneiros que vêm para cá para pressionar o tão combatido sistema de proteção social e o mercado de trabalho.”

A condição de quem migra é, no mínimo, desconfortável. Além de deixar para trás o seu país, a cultura e a família para ir em busca do sonho de melhores condições de vida, ainda precisa lidar com a inserção no novo país, cultura e grupo que, como vemos, pode não ser tranquila e isenta de traumas. Estreitando o campo, perguntamos quais são os impactos da migração para a saúde mental? E como é se tornar mãe enquanto migrante? Quais os efeitos da migração na parentalidade?

Migração e saúde mental

Após exposição acima, refletimos aqui os efeitos da migração, especificamente, no que diz respeito à saúde mental do migrante, antes de partirmos para a questão da migração e da parentalidade.

Alguns autores como Knobloch (2015) apontam para um paralelo interessante, presente na literatura, entre o lugar do estrangeiro e o da loucura. Desde sempre o lugar da loucura e da psicose era considerado o do estranho, do estrangeiro em diferentes países e culturas. Com a reforma psiquiátrica em nosso país, em 2001, esse estranho, estrangeiro, esquisito, que devia ser segregado, excluído e asilado, passou a ter, ou pelo menos houve a tentativa, um lugar de sujeito, cidadão que precisa ser respeitado na sua forma de existência. Com os grandes deslocamentos dos povos, o lugar do estranho e estrangeiro passou a ser ocupado pelos migrantes e refugiados.

A linguagem psiquiátrica que antes tentava controlar a loucura, “reaparece hoje na questão dos imigrantes, uniformizando modos de subjetivação singulares [...] aparece para se colocar no lugar do mal entendido que o encontro com o diferente provoca” (KNOBLOCH, 2015, p. 169).

Vale a pena lembrar aqui o texto de Freud “*O estranho*” (1919/1996), que apesar de não falar da condição do migrante, fala da estranheza que o retorno da repetição e do sintoma provoca, ao desfazer a distinção entre o que reconheço e não reconheço em mim. O que não reconheço em mim não é meu, portanto, está fora, é estrangeiro a mim. Esse é o lugar da loucura, do migrante.

Atualmente à assistência ao migrante na área da saúde, que é a porta de entrada dos direitos humanos e dos dispositivos de reconhecimento dos mesmos, tende a naturalizar a experiência migratória e entendê-la como um fator de risco que leva a patologias psíquicas. Com isso, há uma medicalização e um controle farmacológico de problemas que nos coloca diante da necessidade de discutirmos como recebemos os nossos migrantes e como nos organizamos politicamente para esse fim. Na área da saúde, por exemplo, há uma urgência para que os profissionais discutam as especificidades existentes em relação à saúde mental do migrante. É importante ter claro que, muitas vezes, as próprias políticas e o discurso médico patologizam o migrante, que não é visto como um sujeito, com a sua própria subjetividade, mas sim, como alguém que, como todos os migrantes, por viverem a experiência da migração, já estão sujeitos a desenvolverem uma patologia.

A autora Knobloch (2015) discute essa questão mais detalhadamente. Ela fala de como hoje em dia há uma tentativa de se inserir a experiência da migração em categorias e transtornos psiquiátricos. Em suas palavras, há um discurso que não é o da etnopsicanálise francesa e da psiquiatria transcultural de Tobie Nathan e Marie-Rose Moro, que vê a experiência migratória como individual e heterogênea, mas sim, um discurso paradoxal que (p. 170):

Apelou para as questões da saúde e condições clínicas através de categorias psiquiátricas para legitimar e dar visibilidade jurídica ao imigrante, ao refugiado e ao asilado, e assim poder inseri-los num sistema onde eles não possuem lugar subjetivo, social, jurídico e político. É justamente pela inserção social ter acontecido por via médico-psiquiátrica que se corre o perigo da naturalização de um discurso patologizante da experiência de migração.

Ela explica que a questão da migração passou a ser entendida como um trauma, que é uma reação normal a um evento anormal. Assim, a pluralidade de experiências vividas pelos migrantes sucumbe a um modelo único de interpretação biomédico. A experiência migratória é então descrita como uma categoria nosográfica da psiquiatria, conhecida como *Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo* ou simplesmente, *Síndrome de Ulisses*, que foi idealizada pelo psiquiatra espanhol Achotengui (2009). Para ele o estresse vivido pelos migrantes compromete a sua

capacidade de adaptação. Assim, tal síndrome reúne sete elementos de perda na migração: família e amigos, língua, cultura, terra, posição social, contato com o grupo de pertencimento e risco de perda da integridade física. Dentro dessa perspectiva o migrante é sempre visto como “alguém muito vulnerável que irá desenvolver problemas psicológicos que deverão ser medicalizados” (KNOBLOCH, 2015, p. 171).

Knobloch (2015) concorda que ser migrante, por definição, significa ser vulnerável e que há questões específicas em torno da saúde mental dos migrantes e dos refugiados. Todavia, cada sujeito deve ter a sua experiência, tanto em seu país, como a da própria migração e a de recepção no novo país, ouvida e entendida de forma singular. Além disso, ela pensa que os profissionais da área da saúde deveriam receber formação para lidarem com mundos culturais diversos, que sempre traz conflitos. Impossível ficarem restritos as categorias diagnósticas que eliminam as diferenças e anulam as singularidades do estranho, do estrangeiro.

Essa proposta é compartilhada no presente trabalho, que reflete sobre a experiência de migração como possível dificultadora da construção da parentalidade, uma vez que os novos pais, por estarem longe de suas raízes e comunidade, tendem a viver um desenraizamento, sentido como não pertencimento a grupo cultural algum. Isso pode levá-los a ter mais sintomas depressivos, o que, por sua vez, podem comprometer a capacidade que têm de serem pais e de se conectarem com os seus bebês. No entanto, se faz necessário enfatizar que cada diáde migrante foi pensada no contexto da sua história, condições de migração e subjetividade. Mesmo que haja um entendimento de que a própria migração os colocou em vulnerabilidade, não há o entendimento de que elas, pelo simples fato de serem migrantes, carregam uma patologia.

Parentalidade e migração

Folino (2014, p. 57) cita Rochette, que diz que há um “duplo escoramento que funda a humanização e o pensamento” (tradução livre), para apontar que o psiquismo tem o seu nascimento apoiado no indivíduo e no grupo. Ela ainda aponta que a partir de Kaes, Rochette lembra que “não é nunca uma mãe sozinha que dá à luz.” (tradução livre)

Partindo desse ponto, podemos pensar que as *fronteiras permeáveis*, citadas por Bydlowski (2002; 2007) ao falar de *transparência psíquica*, explicada anteriormente, não

diz respeito apenas ao psiquismo materno, mas também se encontra presente no psiquismo do pai e dos irmãos, enfim, de todos os envolvidos no nascimento do bebê, dentro da família e entre eles.

A migração potencializa a *transparência psíquica*, que se expressa por meio dos pais e irmãos, e diz respeito à revivescência de conflitos e expressão de emoções, e a *transparência cultural*, “pelo mesmo processo, porém aplicado às manifestações culturais, às maneiras de fazer e de dizer, próprias da cultura” (MORO, 2005, p. 259).

Assim, a família do bebê é para ele e seus pais um grupo, que pertence a um grupo maior, social e cultural. Dessa forma, desde o nascimento esses grupos são fundamentais para dar contorno às experiências de nascimento, não só físico, mas psíquico, dos pais e do bebê. Como bem diz Rochette (2003, p. 94): “O grupo é como um envelope continente em torno dos elementos brutos ainda não mentalizados, frente à invasão irrepresentável do ‘a mais’ do nascimento”. (tradução livre)

Nessa linha de pensamento, Marie-Rose Moro, psiquiatra e psicanalista francesa, que tem um trabalho extenso com pais migrantes na França, diz:

Os elementos culturais têm uma função preventiva ao permitir antecipar o modo de tornar-se pais e, se necessário, o modo de dar sentido aos percalços quotidianos da relação pais-crianças, de prevenir a instalação de um sofrimento (2005, p. 258).

Diferentes autores reforçam a importância de se levar em conta os elementos sociais e culturais presentes na construção da parentalidade. Moro nos ensina exatamente isso, ao considerar que a parentalidade é o resultado de múltiplas influências advindas do social, cultural, individual e da própria criança. Em suas palavras (2005, p. 258):

Os elementos culturais se misturam e se imbricam com os elementos individuais e familiares de maneira profunda e precoce. Mesmo quando nós acreditávamos tê-los esquecido, a gravidez, por seu caráter iniciático, nos traz à memória nossos pertencimentos míticos, culturais, fantasmáticos.

Não só a gravidez remete a esses pertencimentos míticos, culturais e fantasmáticos, mas também, a hora do parto. Esse momento é, por si só, delicado para os futuros pais e pode se tornar mais difícil quando se dá à luz em outro país, em um lugar distante dos seus próximos. Existem diferentes maneiras de parto, de acolher a criança e lhe apresentar o mundo. Em situações de crise, que pode ser o caso da migração, representações adormecidas são reavivadas (Moro, 2005).

Para esta autora e François Giraud (2004), também psiquiatra francês, a experiência da migração coloca o sujeito, necessariamente, frente a diferentes modelos de pais. Isso, por si só, não modifica os fundamentos do processo da parentalidade, ou seja, as representações que o futuro pai e a futura mãe têm de si e de seus pais, mas lhe confere uma ressonância particular, uma vez que o migrante está num novo cenário cultural e vive uma situação subjetiva de vulnerabilidade.

O fato de tornar-se pais, vivido no seu país de nascimento, na presença de sua família e de sua sociedade como uma mutação difícil, mas igualmente rica de potencialidade e de estruturação de si, é algumas vezes vivido em situação migratória, como um episódio doloroso sem contrapartida, que não vem sustentar os apoios culturais e sociais construídos ao longo do tempo, para responder de maneira singular a essa experiência universal (Giraud; Moro, 2004, p. 213).

Ao buscarem uma melhor condição de vida, e de certa forma isso muitas vezes é alcançado, embora “às custas” de muitos enfrentamentos no novo país, o migrante vive dois movimentos importantes, como dito anteriormente, o de ser inserido em uma nova cultura e o de ter deixado a sua própria cultura. Segundo Sayad (SAYAD apud GIRAUD; MORO, 2004), isso o coloca numa situação de “dupla ausência”, que tem um impacto diante dos momentos mais comuns da existência, por exemplo, envelhecer ou tornar-se pai ou mãe.

Muitas mães migrantes, por estarem desligadas do seu meio cultural, não conseguem investir no seu filho. Invasas por uma solidão e, muitas vezes, depressão resultantes da separação do grupo de origem, elas podem viver de forma mais intensa as angústias do período da gravidez e quando o bebê nasce a relação da díade se vê comprometida. As mães, ainda solitárias e, provavelmente, mais angustiadas podem não

conseguir se ajustarem às necessidades dos bebês (GIRAUD; MORO, 2004). Por sua vez, os pais migrantes podem ter dificuldade de serem colocados no lugar daquele que media a relação do bebê com o mundo, intervindo na relação deste último com a mãe, e no lugar de autoridade. Isso não é privilégio dos migrantes, mas parece ser mais complicado para eles, segundo Giraud e Moro (2004).

Os profissionais da saúde e educadores, em especial, devem estar atentos para essas questões e para não interpretarem erroneamente determinados modelos de parentalidade, tendo como consequência a não legitimação do lugar de pai e mãe do migrante, e a patologização dos mesmos, que são diversos, nas diferentes culturas. Como o direito a saúde e a educação são universais, os migrantes, de alguma forma, têm acesso a eles. Por isso a importância dos profissionais estarem preparados para lidarem com o diferente. Também, é importante que uma sociedade que se predispõe a receber migrantes pense em políticas de prevenção nos âmbitos da saúde e educação. Como bem coloca Moro (2005, p. 259):

Em nome de uma universalidade vazia e de uma ética reducionista, nós não integramos essas lógicas complexas, sejam elas sociais ou culturais, em nossos dispositivos de prevenção de cuidados e em nossas teorizações. Nós **raramente** nos interrogamos sobre a dimensão cultural da parentalidade, mas, sobretudo, nós não consideramos que essas maneiras de pensar e de fazer são úteis para estabelecer uma aliança, compreender, prevenir, tratar. Nós estimamos sem dúvida que a técnica é nua, sem impacto cultural, e que é suficiente aplicar o protocolo para que o ato seja corretamente realizado [...] No entanto, e algumas experiências clínicas o demonstram, **as** representações partilhadas são de uma eficácia evidente. De um ponto de vista teórico, elas renovam nossas maneiras de pensar, nos obrigam a nos descentrar, a tornar mais complexos nossos modelos e a nos afastar de nossos julgamentos apressados. Pensar essa alteridade é permitir a essas mulheres que vivam essas etapas de maneira não traumática e que se familiarizem com outros pensamentos, outras técnicas... Porque a migração traz com ela essa necessidade da mudança. Ignorar esta alteridade, é não somente privar-se do aspecto criativo do encontro, é também correr o risco de que essas mulheres não se inscrevam em nossos sistemas de prevenção e de cuidados, é também restringi-las a uma solidão elaborativa – para pensar nós temos necessidade de co-construir juntos, de trocar, de confrontar nossas percepções com aquelas do outro; se isso não é possível, o pensamento não se apóia em nada a não ser nele mesmo e nos seus próprios construtos. Essa não-confrontação pode também conduzir à uma “rigidificação”. É a troca com o outro que me modifica (grifos do autor).

Por esse motivo o presente estudo se mostra importante, uma vez que se propõe a entender a singularidade de se tornar mãe em condição de vulnerabilidade, por já ter um filho com TEA e ser migrante, no contexto de um determinado modelo de intervenção na relação mãe-bebê, que pode ser preventivo de patologias no vínculo e conseqüentemente, no desenvolvimento do bebê.

Uma vez que as mães migrantes que participaram desta pesquisa são bolivianas, se faz necessário conhecer, ainda que não na sua completude, a cultura boliviana, especialmente como é ser mulher nela e como esses migrantes vivem em São Paulo, objetivos do capítulo seguinte.

CAPÍTULO III – NOSSOS VIZINHOS – OS BOLIVIANOS

A Bolívia está situada geograficamente na região centro-oeste da América do Sul e faz fronteira com Brasil, Chile, Paraguai, Argentina e Peru. Sua capital é Sucre; tendo em La Paz a sede do governo. Esse país é rico em metais, exportando-os, bem como gás natural, petróleo, artesanato, soja, pedras preciosas e madeira. Seu nome se deve ao libertador Simón Bolívar. Essa nação se define, de acordo com o Artigo 1 da sua Constituição Política, como: “Livre, independente, multiétnica e pluricultural, constituída como república unitária, que adota para seu governo a forma democrática representativa, fundada na união e solidariedade de todos os bolivianos” (BOLÍVIA, 2008).

Do ponto de vista étnico, os bolivianos não constituem um grupo heterogêneo (ARÁGON, 1987). Eles estão distribuídos, em relação aos diferentes grupos, da seguinte maneira: quéchua (30%), brancos (25% a 30%), aimará (25%) e guaranis, chiquitanos e mojeños. Além disso, há 26 línguas diferentes e 127 dialetos na Bolívia e 36 povos indígenas, vivendo em diferentes regiões: altiplano, vales interandinos, Chaco e Amazônia. Entre esses povos, os quéchuas, aimarás e guaranis, são os que se destacam, por estarem em maior número, em termo das línguas faladas no país. Essas são as línguas consideradas, juntamente com o espanhol, as línguas oficiais.

Como se pode ver, a Bolívia é um Estado caracterizado pela sua diversidade cultural – conhecida como *Bulibya* em quéchua, *Wuliwya* em aimará, e *Volívia* em guarani – e pelo seu caráter indígena, característica que, muitas vezes, leva a maior parte da população a ter um acesso restrito no que diz respeito aos serviços básicos de saúde e educação (NUNES, 2009).

O último censo realizado no país em 2012 (BOLÍVIA, 2012) apontou que o número de habitantes era 10.027.254 e que para cada 100 mulheres havia menos de 100 homens. Até 2012, 94,98% da população era alfabetizada. Em relação ao acesso à escola, 83,63% das crianças do sexo masculino estava estudando e 83,45% das do sexo feminino. Em relação aos serviços básicos de saúde, entre os anos de 2001 e 2012, os lares com água potável passou de 62,27% para 66,09% e os com energia elétrica sofreu um aumento de 13,80%, passando de 64,38% para 78,18%, bem como os com rede de esgoto, que passou de 63,69% para 69,92%.

Em 2005, Evo Morales, um presidente indígena, foi eleito e ainda permanece no governo, estando no seu terceiro mandato consecutivo. Ele tem realizado diferentes ações visando o crescimento econômico do seu país e as condições de vida da população. Dentre essas ações estão: a nacionalização e industrialização dos recursos naturais; criação de programas na área da saúde, para reduzir a mortalidade das grávidas e os problemas de desnutrição na infância; programas na área da educação, visando à redução da evasão escolar e programas de melhoria das condições de vida dos idosos.

Ainda assim, a população continua a se deslocar para outros países, em busca de uma vida melhor, fugindo da fome e do desemprego – o país possui um dos piores indicadores socioeconômicos do seu continente (PNUD, 2012) – e para se verem livres de conflitos étnicos, entre os colas e os cambas, que lutam para dividir o país em oriente e ocidente. Referente aos deslocamentos migratórios, o censo de 2012 apontou que dos 27% das pessoas que migraram, 24% era de Santa Cruz e 20% de La Paz (BOLÍVIA, 2012). Os países mais procurados eram: Argentina, Espanha, Brasil, Chile e Estados Unidos.

Rossi (2005) aponta que “quase dois terços da população boliviana vive abaixo da linha da pobreza” e que esse indicador não regride a mais de 20 anos. Assim, o desemprego e o emprego informal possuem taxas altíssimas.

A mulher boliviana

A sociedade boliviana é patriarcal. Essa estrutura permanece, mesmo depois de Evo Morales ter sido eleito e, a partir disso, mudanças em relação ao lugar e o papel da mulher no social e cultural terem avançado.

A ativista boliviana Jobana Moya⁴ (comunicação pessoal, 2019), que reside em São Paulo desde 2006 e está à frente do coletivo de mulheres migrantes, *Warmis* – que significa mulher em quéchuá – explicou que após a eleição de Evo Morales houve um aumento do número de mulheres participando de movimentos sociais. O perfil da mulher

⁴ Convidada da clínica transcultural 0-3 da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP) a falar na IV Jornada da Clínica 0 a 3, – *Intervenções nas Relações Pais-bebê: Fronteiras da Parentalidade e Recursos Auxiliares: Pensando a Clínica 0 a 3.*

boliviana que chega ao Brasil para aqui morar também mudou. Hoje, mulheres mais jovens, autônomas e mais abertas à cultura brasileira é a cara da migrante.

Ainda assim, é muito comum vermos bolivianas mantendo os valores tradicionais da cultura e permanecendo na posição de estarem submetidas aos homens. Jobana (comunicação pessoal, 2019) aponta que, por exemplo, é o homem que tem o direito a falar, a mulher pouco fala. Também, se conversamos com um casal onde o homem e a mulher são bolivianos, é comum este primeiro responder. As mulheres demoram mais para aprender o português, porque são os homens que circulam mais pela cidade. À elas é reservado o lugar de dona de casa, responsável pelas tarefas do lar e dos cuidados dos filhos, porém, a maioria delas tem uma jornada dupla, já que ajudam os maridos nas confecções em que estes, geralmente, trabalham.

Dado relevante é o da violência doméstica contra mulher. As bolivianas, por serem migrantes e estarem longe da família, somando-se ao fato de que os homens, maridos bolivianos, por trabalharem muitas horas e viverem sob estresse, passaram a beber mais, são frequentes vítimas de violência doméstica. Jobana (comunicação pessoal, 2019) pontua que na Bolívia a família da mulher é a sua protetora e lá é mais difícil se ver casos de violência contra a mulher. Ela fala de sua experiência, mas dados do Centro de Desenvolvimento e Informação da Mulher (CIDEM), da Bolívia, apontam em 2014 para um aumento no número de assassinatos de mulheres, desde 2009, nesse país. Por sua vez, as migrantes bolivianas em São Paulo, vítimas da violência, vivendo longe da família e sobrecarregadas, acabam reproduzindo a violência na relação com os filhos. Outro ponto é o da violência sexual as que são solteiras, nas oficinas de costura. Isso faz com que muitas delas se casem cedo, como forma de se protegerem.

Importante traço cultural se refere à comunicação, mais especificamente, como os diálogos se estabelecem. Jobana (comunicação pessoal, 2019) aponta para o número de casos de autismo entre as crianças, migrantes bolivianas, ter aumentado. Ela explica que estas são muito quietas e os profissionais de saúde podem não entender como um traço cultural, patologizando-as. Ela acrescenta que no Brasil as pessoas têm um tom de voz alto, são mais falantes, o que contrasta com a sua cultura. Ressalta que o falar em um tom de voz mais baixo transmite confiança para o boliviano.

Outros costumes culturais muito expressivos dos bolivianos dizem respeito à gravidez e ao parto. No que se refere a este último, existe uma etnomedicina, com os seus biocomportamentos próprios, isso é, práticas e técnicas bioculturais (GONZALES, 2009). Por exemplo, a maior parte das mulheres prefere ter o parto em casa, pois assim tem a companhia e assistência do marido, da mãe, sogra e/ou parteira. Também, em casa, a mulher se sente mais protegida, uma vez que todos os interessados na sua situação de vida estão envolvidos no processo de chegada do bebê. A mulher escolhe como deseja que o seu parto aconteça e diferentes práticas ensinadas ao longo de gerações, bem como rituais da cultura podem ser vivenciados (GONZALES, 2009).

Jobana (comunicação pessoal, 2019) compartilha dados interessantes sobre o parto. Ela diz que é comum não tirar toda a roupa nesse momento; não tomar banho e nem dar banho no bebê nas 48 horas seguintes; o parto ser normal; permanecer em ambiente com pouca luz; ingerir alimentos preparados pela família e que vão fortalecer a mulher; tomar chás para elevar a temperatura do corpo e facilitar o processo de nascimento do bebê; ascender incensos para afastar os espíritos ruins, dentre outros. Um ponto importante é plantar ou enterrar a placenta no umbral, assim que o parto é encerrado, uma vez que essa representa o portal de onde viemos e para onde retornaremos.

Na cultura boliviana, quando a mulher espera um filho ela é a responsável maior não só pela sua vida, mas pela a do bebê, arcando com o peso e riscos dessa responsabilidade. Diz-se na cultura aimará que: “a mãe está entre duas cabeças”, a sua e a do filho (GONZALES, 2009). Todavia, o parto não é visto como um processo biológico e corporal apenas. Existe também o corpo espiritual, que engloba a realização individual da mulher e a sua relação com a família. Dessa forma, os conhecimentos comunitários sobre a gravidez e parto incluem uma série de rituais e são levados muito a sério.

A medicina tradicional entende que a saúde significa a harmonia entre as pessoas e destas com a natureza, constituindo o todo. É uma visão integral da vida. Se não existe harmonia no ambiente da pessoa, ela adocece e se a pessoa está doente, todo o seu entorno adocece (YAJAHUANCA, 2009; GONZALES, 2009).

O entendimento do lugar da mulher na cultura, como elas se relacionam com a família, os cuidados com a saúde, etc são extremamente importantes quando trabalhamos com populações migrantes, pois, como visto antes, nos ajudam a conhecer o novo e a

reconhecer a alteridade, essencial para que aquele que busca os equipamentos de saúde não seja silenciado e permaneça solitário em seus sofrimentos.

Migração boliviana em São Paulo

Desde o final do século XIX o migrante que vinha para o Brasil era europeu e branco. Atualmente, os migrantes são indígenas, que falam espanhol, como os bolivianos e os peruanos, e/ou negros, que falam crioulo ou francês, como os haitianos. Essa mudança de padrão do migrante não foi bem aceita pela população e nem por determinados governos, por exemplo, o de Getúlio Vargas, que preferia migrantes brancos, com baixa escolaridade e apolíticos. Naquela época, os japoneses não eram bem vindos. Posteriormente, o Brasil abriu mais suas portas para a migração e para os diferentes tipos de migrantes, e assim houve um considerável aumento destes em território nacional. A princípio, residiam em grandes centros urbanos como São Paulo. Com os investimentos nas indústrias e na agropecuária eles têm ido para cidades do interior, principalmente do estado de São Paulo (BAENINGER, R.; FREITAS, P., 2011)

Os bolivianos foram os que mais desembarcaram em nosso país, sobretudo em São Paulo. Ele começaram a chegar no final do século XIX. Naquele momento, o destino se restringia à zona fronteira entre os dois países, ou seja, os bolivianos vinham e ficavam em cidades próximas ao seu país (MANETTA, 2009). Em 1950 ela se intensificou, devido às transformações ocorridas no governo de Victor Paz Estenssoro e ao acordo bilateral de intercâmbio cultural entre Brasil e Bolívia (SILVA, 1977, 2008; BAENINGER, R.; FREITAS, P., 2011). Assim, muitos estudantes bolivianos vieram para cá e aqui permaneceram após encerrarem os seus cursos. Outros migrantes sem qualificação, sobretudo mulheres, que vinham trabalhar como domésticas, também chegaram. O estado mais procurado na época era Mato Grosso do Sul, por fazer fronteira com a Bolívia. Outro fator que contribuiu para que houvesse um aumento na saída do país, por parte dos bolivianos, foi a tendência migratória, marca importante de sua história (MAZURECK, 2007; DOMENECH; MAGLLIANO, 2007).

No entanto, foi a partir dos anos 80, principalmente entre os anos 90 e 2000, que, de fato, o número de bolivianos no Brasil cresceu consideravelmente. Segundo o censo realizado em 2000, havia 20,000 bolivianos vivendo em nosso país, principalmente em

São Paulo (IBGE, 2002). A população que aqui chegava mudou. Dessa vez eles não vinham atrás de investir na formação e também tinham cada vez menos qualificação. Apenas 17% da população tinha nível de escolaridade alto. Eles vinham em busca de melhores condições de vida e trabalho (FREITAS, 2014).

A imagem do Brasil no imaginário do migrante boliviano pode ser comparada a do *El Dorado*, um lugar exótico e próspero, rico em ouro, que tinha como chamada um homem coberto de ouro. A partir dessa figura, passou a se fantasiar um reino, de várias oportunidades, que não possuía um lugar fixo (SILVA, 2006).

Os bolivianos chegavam aqui por meio de um processo migratório específico, que tinha seu início na própria Bolívia. Alguns jornais, nesse país, publicavam anúncio de vaga de emprego no Brasil, no ramo da costura, incluindo, sem custo algum, moradia e alimentação (ROSSI, 2005). Quando os bolivianos alcançavam o destino final, se deparavam com uma realidade bastante diferente. Alguns deles imaginavam essa realidade antes mesmo de deixarem a Bolívia, mas ainda assim, preferiam fazê-lo, por entenderem que as condições lá eram mais precárias. O objetivo era migrar para, por meio do trabalho, guardar dinheiro e voltar para casa, podendo proporcionar melhores condições de vida para a família. Ainda segundo Rossi (2005), nos casos em que isso chegou a acontecer, qual seja, o retorno ao país de origem, os bolivianos perceberam que voltaram para as mesmas condições precárias que estavam submetidos e que ainda tudo tinha mudado, inclusive o núcleo familiar e de amigos, que muitas vezes, também havia migrado. Dessa forma, voltar ao Brasil se tornava uma consequência. No entanto, planejavam retornar como donos do próprio negócio, pois assim garantiriam a sobrevivência de todos da família e poderiam obter a residência fixa.

Esse processo migratório permanece nos dias atuais e quando aqui desembarcam, os bolivianos ingressam no mercado de trabalho das confecções. O mesmo emprega 43% dessa população, que mora em São Paulo. O número de homens e mulheres é de certa forma semelhante, sendo 55,9% os primeiros e 44,1% estas últimas. A maioria deles em idade produtiva. Eles chegam sozinhos, sem familiares, e na maioria das vezes, solteiros. Aqui, passam a namorar entre si e casam. O número de bebês, por exemplo, dentro da população que chega, gira em torno de 20,6%, entre 0 e 3 anos (XAVIER, 2012). Talvez essa realidade já tenha mudado, com o aumento de nascimentos de filhos em território brasileiro, como vimos anteriormente, apontado por Jobana.

Contrariando alguns estudos, essa população não sai do campo, na Bolívia, e vem para o Brasil. Antes, ela é “expulsa” da zona rural para a zona urbana, dentro do próprio país. A cidade de El Alto é a última receptora de bolivianos e a primeira “expulsora” para outra pátria (XAVIER, 2012).

Segundo Fioravanti (2015), atualmente há 300,000 bolivianos vivendo em São Paulo, mas apenas 90,000 estão registrados. Eles residem nos bairros centrais, que têm tradição em receber migrantes, (27,2%), bem como em bairros da zona norte (26,4%) e da zona leste (19,6%). Há ainda um espalhamento dessa escolha residencial em direção aos municípios que fazem fronteira com a cidade de São Paulo, como é o caso do município de Guarulhos (XAVIER, 2012).

Nos anos 90 os bairros mais procurados eram o Bom Retiro, Brás e Pari, onde havia uma concentração grande de confecções. Ainda hoje esses bairros concentram 19,5% dos bolivianos que chegam à São Paulo, sendo considerados para eles a porta de entrada da cidade. Isso também ocorre porque quando aqui chegam, muitos encontram com familiares, que já residem nessas localidades. Porém, já é possível ver uma procura por outras áreas centrais e periféricas (SOUCHAUD, 2010).

É característico dessa população trabalhar e residir no mesmo lugar. Isso segue um modelo industrial presente na cidade de São Paulo desde a metade do século XX. Primeiramente eram os coreanos que se encontravam em maior número trabalhando nas confecções. Para competirem com os preços baixos dos produtos nordestinos, eles passaram a morar onde trabalhavam, para que pudessem inserir todos os componentes da família nessa atividade e produzirem por mais horas. Com a ascensão dos coreanos, que passaram a criar e vender as suas próprias marcas, os bolivianos vieram a ocupar seus postos. Isso se deu também, pela denúncia de que os coreanos contratavam compatriotas e os submetiam à escravidão. Para resolver a questão, eles passaram a contratar migrantes ilegais (SILVA, 1997).

O trabalho nessas confecções é comparado ao trabalho escravo, por conta da extensa jornada, podendo chegar a 18 horas por dia, tendo só o domingo livre. Como a remuneração depende do número de peças de roupa produzido (0,15 a 0,30 centavos de real – informação obtida junto às mulheres bolivianas, participantes deste estudo, e que serão apresentadas posteriormente), os próprios bolivianos querem trabalhar muitas horas. O contrato de trabalho é informal e verbal e, muitas vezes, o migrante trabalha para

quitar a dívida que adquiriu com o transporte, para se chegar ao Brasil, e para pagar a moradia ao patrão, que é o dono da confecção, o oficinista. Rizek, Georges e da Silva (2010) descrevem essa relação de trabalho como “servidão por dívida”.

O que torna o boliviano mão de obra atrativa para o mercado de trabalho das confecções é o fato de possuírem baixa qualificação e de serem ilegais. Assim, se mostram mais disciplinados, pois temem ser denunciados, e, ainda, por serem migrantes, não podem exercer regular atividade de trabalho, evitando-se dessa forma, processos trabalhistas. Outro ponto importante é que, em geral, os donos das confecções também são bolivianos, levando a uma falsa rede social de contatos entre o país de origem e de destino. Falsa pelo fato de não haver cumplicidade entre empregador e trabalhador, mas sim, a servidão e exploração deste último (SILVA, 1997). Somado a esses pontos, explica-se a ascensão dessa população nesse ramo de trabalho o fato das mulheres, provenientes de outros estados, migrarem para esse setor de serviços. Atualmente os bolivianos são donos da maior parte das oficinas e vendem os seus produtos para os coreanos.

Ainda segundo este autor, o boliviano tem preferência por trabalhar em confecção e esse dado, alinhado ao medo de ser descoberto na ilegalidade e ser deportado, de não estar juridicamente protegido por uma lei trabalhista, de não ter acesso às informações e de estar sob pressão psicológica, o torna uma pessoa passiva diante das condições as quais é submetido.

Corroborando com essa ideia, Rossi (2005) esclarece que os bolivianos não encaram que são vítimas de condições de trabalho escravizantes, por não terem outra atividade laboral com a qual possam comparar a situação atual.

Em termos de organização da comunidade na cidade de São Paulo, existem algumas rádios bolivianas clandestinas, que servem para orientar os bolivianos quanto à legalização nesse país, se buscar emprego, localizar amigos e parentes, além de ser uma voz amiga.

Em relação ao lazer, a Rua Coimbra, no bairro do Brás, é o coração da comunidade boliviana na capital paulista e um dos únicos lugares de convivência para esse grupo (SILVA, 2006). Nela acontecem feiras aos sábados e domingos, onde muitos produtos bolivianos são encontrados. Os vendedores são atenciosos quando falam sobre o que é

natural de seu país, mas são silenciosos e ariscos quando o assunto é outro. Talvez isso se deva, novamente, a ilegalidade e ao medo de serem vistos com maus olhos.

É importante lembrar que a maior parte dos bolivianos entra de forma ilegal no Brasil e assim permanece. Todavia, outros conseguem regularizar essa situação por meio dos acordos migratórios da Bolívia com Argentina, Brasil, Peru e Paraguai. Em 2009, algumas medidas do governo brasileiro beneficiaram uma parcela dos migrantes, entre elas, é possível citar a Lei de Anistia de Estrangeiros (Lei n° 11.961/09, regulamentada pelo Decreto n° 6.893/09) e o Acordo de Livre Residência Mercosul (Decreto n° 6.964/09). Outra forma de deixar de ser ilegal é ter um filho em território brasileiro, o que legaliza os pais e as crianças – Rossi (2005), aponta que ter um filho no Brasil; assim como casar com um brasileiro; fazer uma solicitação de refúgio ou investir, no mínimo, 200,00 mil dólares americanos em negócios no país, faz parte de uma modalidade para se tornar legal, chamada “regularização compulsória”.

Em relação aos cuidados com a saúde, há poucos quilômetros da rua Coimbra funciona uma maternidade na qual, desde 2005, os médicos se especializaram em atender mulheres bolivianas, mas ainda estão longe de colocar em prática o que acontece na maioria dos partos na Bolívia, sobretudo na zona rural (SILVA, 2006). Referente à educação, as crianças bolivianas conseguem vagas em creches e escolas dos municípios, assim como as crianças brasileiras. Como pontuado acima, se nascidas no país, não são ilegais e isso diminui o temor da família em ser descoberta e deportada, facilitando o acesso à educação.

Como falado anteriormente, os bolivianos vieram para o Brasil em busca de um sonho. Será que a realidade correspondeu às expectativas que tinham? Segundo Silva (2006) eles vieram em busca de mobilidade social. Ao chegaram aqui, a maioria deles se deparou com condições de trabalho insalubre e, conseqüentemente, de vida. Apesar disso, continuaram vivendo no país, pois as condições na Bolívia eram, e ainda permanecem, mais desfavoráveis (FREITAS, 2014), como já apontado.

O coordenador do Centro de Apoio ao Migrante (CAMI), Roque Patussi, também, padre da pastoral do Imigrante na capital paulista, afirma que essa migração, embora cresça, é “flutuante” (LACHINI, 2014). Milhares de bolivianos, após algum tempo de trabalho, retornam à Bolívia com alguma economia, mas, segundo ele “uma grande parte,

contudo, fica na cidade. Eles acabam se casando, muitas vezes dentro da comunidade, têm filhos e não vão embora”, como já dito.

Alguns autores, como Xavier (2007), apontam para os impactos das condições de vida e de trabalho dos bolivianos, no que diz respeito à sua saúde física, bem como mencionam características da relação dessa população com os profissionais dos equipamentos de saúde que frequentam. A tuberculose é uma doença comum entre os bolivianos que residem em São Paulo, devido às condições insalubres de vida as quais se encontram submetidos. É difícil para eles procurar tratamento ou continuar o mesmo, por não poderem sair das confecções com frequência. Muitas mulheres grávidas também não fazem o pré-natal ou começam e não terminam, pois é comum mudarem de residência.

Berio, fala com clareza da realidade – que é bastante chocante – das confecções e dos impactos do trabalho e das condições de vida na saúde dos bolivianos:

A situação do imigrante nas confecções é comparada na literatura a trabalhos análogos a escravidão, descritos como degradantes e subumanos, onde não são respeitados os preceitos mais básicos dos direitos humanos. A intensidade do trabalho, a má alimentação, a promiscuidade, a falta de interação social e outros fatores degradantes estão presentes nas confecções de costura onde os imigrantes bolivianos realizam suas atividades, isto constitui um fator ideal para surgimento de doenças como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, bem como para gravidez precoce entre outros agravos à saúde.

A respeito das questões referentes à relação dos bolivianos com os profissionais, da saúde, Xavier (2007) cita uma Unidade de Saúde da Família específica, localizada no Bom Retiro. Ele ressalta o fato de que há um processo de inserção dos bolivianos na cidade, uma vez que o cartão SUS (Sistema Único de Saúde) acaba sendo uma identificação, muitas vezes a primeira no Brasil. Essa Unidade, por ser um dos poucos lugares frequentados por eles, passa a ser um lugar de convivência.

Contudo, este autor aponta para uma questão importante, a partir de relatos de inúmeros bolivianos, que precisa ser pensada, para que sejam feitas propostas de melhor acolhimento dessa população dentro dos serviços de saúde de São Paulo, a saber,

dificuldades com a comunicação – questão essa que será vista nos casos aqui apresentados.

Esse é o panorama a respeito de quem é o migrante boliviano que vive no Brasil, em São Paulo em especial. O objetivo aqui foi apresentar elementos que possam, posteriormente, enriquecer a discussão, após a apresentação dos casos, sendo eles, três mães brasileiras e seus bebês e três mães bolivianas e seus bebês.

CAPÍTULO IV – SOBRE A PESQUISA

Justificativa

Esta pesquisa tem como proposta trazer à luz as vivências psíquicas de seis mães, sendo três brasileiras e três migrantes bolivianas, no que diz respeito à construção da parentalidade, quando elas experienciam a maternidade novamente, após já terem um filho diagnosticado com TEA. O objetivo é ressaltar como essas vulnerabilidades podem intensificar o sofrimento psíquico da mulher no processo de se tornar mãe, bem como o impacto dessas questões para a relação mãe-bebê.

O tema da mesma está inserido, sobretudo, no âmbito da atenção básica, nos cuidados da saúde mental dos bebês e das famílias, que são considerados em risco pela literatura atual. Portanto, ela visa multiplicar o conhecimento, compartilhando-o com os profissionais que trabalham com essa população, proporcionando uma leitura mais profunda dos impasses e saídas possíveis envolvidos na parentalidade e no vínculo mãe-bebê, além de poder auxiliá-los no trabalho que já desenvolvem.

A discussão a respeito de assuntos como migração e autismo, e a forma pela qual seus aspectos se manifestam no dia a dia das famílias e dos serviços de saúde se faz estritamente necessária, principalmente nos últimos anos, quando temos visto um aumento relevante do número de pessoas que deixam os seus países e migram para o Brasil por diversos motivos, dentre eles, conflitos políticos e religiosos, além de uma busca por melhores oportunidades. De forma semelhante, há um crescimento considerável no mundo e em nosso país, do número de crianças diagnosticadas com TEA. Quando nos confrontamos com essas questões, é preciso que pensemos o quanto estamos preparados para lidar com elas, a fim de diminuir o sofrimento dessa população e lhes oferecer melhores condições de vida.

Estudos recentes apontam para o fato dos profissionais dos serviços de saúde serem pouco instrumentalizados para lidar, por exemplo, com as diferenças culturais nos cuidados parentais, com as orientações a respeito dos diferentes idiomas para um melhor desenvolvimento da linguagem das crianças, com o sofrimento e o luto dos pais no contexto migratório e diante do diagnóstico de TEA de um filho. Ainda com os efeitos dessas situações para o desenvolvimento emocional infantil, a partir do vínculo com seus pais, o que pode acarretar prejuízos ainda maiores para essas famílias. Essa pouca

instrumentalização também é verificada no que concerne às propostas de trabalho eficazes e na escassez de políticas públicas nessa área, que possam acolher e dar um destino efetivo para essas demandas.

Em função disso, exploramos aqui as questões envolvidas no processo de se tornar mãe e as suas possíveis reverberações para a mulher, o desenvolvimento psíquico do bebê e o vínculo entre eles. Quando além de se prepararem para um momento novo – ainda que não seja a primeira maternidade – em suas vidas, algumas delas têm que lidar com uma ou mais vulnerabilidades, aqui, especificamente, o fato de terem um filho com TEA e, em alguns casos, serem migrantes. A questão central é: A partir da forma como essas vulnerabilidades se manifestam na interação da mãe com o bebê, é possível enfrentá-las, superando o possível entendimento de que história não é destino, fazendo com que o processo de parentalidade seja construído e se desenvolva? Como o referencial teórico usado neste estudo é o psicanalítico, também perguntamos como ele pode ajudar na compreensão dessa questão.

Objetivos

Objetivo Geral

Verificar, no contexto da intervenção mãe-bebê, os estados psíquicos de seis mulheres, sendo três brasileiras e três bolivianas, quando se tornam mães novamente, após terem um filho diagnosticado com TEA, e como constroem a parentalidade ao lidarem com os impactos resultantes dessa vulnerabilidade, bem como os suscitados por outra vulnerabilidade, a de ser mãe migrante, no caso das bolivianas.

Objetivos Específicos

Investigar quais as possíveis angústias maternas em relação ao desenvolvimento emocional do bebê e quais recursos psíquicos de proteção frente a elas estavam presentes na relação da díade.

Observar as comunicações na relação mãe-bebê durante os 12 encontros do trabalho de intervenção e como o diagnóstico do filho com TEA se manifestava nessa relação.

Observar as comunicações na relação das mães bolivianas e seus bebês durante os 12 encontros do trabalho de intervenção e como a condição de ser mãe migrante se manifestava nessa relação.

O método qualitativo e a perspectiva clínico-qualitativa

O paradigma epistemológico adotado aqui foi o da pesquisa qualitativa. Tal escolha se justifica pelos objetivos já citados e pelo referencial teórico usado para fundamentar o presente trabalho, que é o psicanalítico.

Segundo Turato (2003), somente no início do século XX é que os métodos qualitativos de pesquisa tiveram seu valor reconhecido, por meio dos trabalhos desenvolvidos na área da antropologia. Nessa mesma época, também se desenvolveu o modelo etnográfico, no qual o pesquisador é parte do campo onde os fenômenos estudados se desenrolam, favorecendo a observação e a escuta do comportamento e das relações entre os indivíduos.

Na perspectiva qualitativa o pesquisador é o seu próprio instrumento de trabalho, encontrando no ambiente a sua fonte de dados, o que os tornam inquestionáveis pela proximidade de ambos, pesquisador e ambiente/essência da questão pesquisada. Além disso, nessa perspectiva, a ênfase está no objeto de estudo. Os resultados são menos importantes do que os caminhos que levaram até eles, ou seja, o próprio processo do estudo (REY, 2002).

Turato (2003) aprofunda esse ponto e nos diz que na pesquisa qualitativa a busca não é para que o fenômeno seja estudado em si mesmo, mas que ele seja compreendido enquanto a expressão de um significado para a vida de cada indivíduo, o que tem uma função organizadora.

Além dessas características, o método qualitativo se interessa pelas significações dos fenômenos de saúde e não pela enunciação dos fatos, valoriza as angústias e ansiedades existenciais, o pesquisador acolhe o sujeito pesquisado e ambos têm uma

atitude existencial fundamental, valoriza os elementos psicanalíticos básicos como ferramentas na coleta e discussão dos dados, é rigoroso quanto à validade dos dados coletados, exige correlação entre a apresentação dos resultados e suas interpretações, revê os pressupostos como conclusão em primazia sobre generalizações, tem nos saberes teóricos e práticos o seu ponto de partida (TURATO, 2003).

Assim, pensamos que o trabalho do pesquisador qualitativo em muito se assemelha ao do psicanalista, uma vez que ambos buscam manter uma atenção flutuante, para que ocorra um livre encadeamento de ideias a respeito das experiências vividas pelos sujeitos, tanto pesquisado quanto analisando, podendo estas ganharem um novo sentido. Tais atitudes também permitem que a interação entre pesquisador e pesquisado, bem como analista e analisando, se dê sem críticas ou intenção predeterminada.

Uma vez que este estudo tem por objetivo compreender e interpretar os sentidos e significações da construção da parentalidade em mulheres vulneráveis, por meio de técnicas de observação ampla, acolhimento de suas experiências e vivências, bem como de seus bebês, angústias e ansiedades presentes na relação entre eles, além das comunicações inconscientes entre a díade e entre esta e o pesquisador, importantes para o referencial teórico na qual a discussão dos resultados se embasará, há um refinamento da metodologia qualitativa, utilizando-se uma perspectiva clínico-qualitativa.

A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidas por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade (TURATO, 2003, p. 242).

Instrumentos

Alguns estudos apontam os efeitos positivos de diferentes modelos de psicoterapias psicanalíticas mãe e bebê (Slade, 2007 Emanuel; Bradley, 2009 Salomonsson, 2011), o que motivou a intervenção ser o instrumento utilizado neste estudo.

Como dito na Apresentação do presente estudo, o mesmo nasceu no seio de uma pesquisa mais ampla, – *“Vulnerabilidade de pais e irmãos de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): caracterização do vínculo e avaliação de um modelo piloto de intervenção”* – que tinha como primeiro objetivo investigar se há diferença no que concerne à saúde mental de mães de crianças com TEA; desenvolvimento dos bebês, irmãos dessas crianças com TEA, e relação mãe-bebê. Logo, optou-se por não incluir os pais e os irmãos.

Seu modelo está fundamentado nos seguintes enquadres teóricos: a) Teorias de Donald Winnicott e Wilfred Bion sobre a relação mãe-bebê e o seu papel na constituição da vida psíquica e do desenvolvimento; b) Teoria da regulação afetiva, da mentalização e do desenvolvimento do *self*, desenvolvida por Peter Fonagy, Gergely, Jurist e Target e c) Nas contribuições de Marie Christine Laznik para os bebês em risco de autismo.

Para Winnicott (1964) e Bion (1962) a capacidade do bebê de representar os seus estados mentais e dos outros não é inata, mas sim, construída a partir das suas primeiras relações objetais. São os cuidadores que recebem aquilo que não pode ser tolerado pelo bebê, digerem e devolvem para ele de forma que o mesmo possa entender o que se passa consigo e no mundo a sua volta, por meio do *holding* – sensação de ser segurado, literalmente, que possibilita uma segunda sensação que é a de continuidade – e *reverie* – capacidade da mãe de receber as identificações projetivas do bebê, aquilo que é intolerável e impossível de ser digerido por ele, entender e devolver para o mesmo de forma que ele possa suportar.

Já para Fonagy e colegas (2002), a mentalização é o processo pelo qual o indivíduo se dá conta de que sua mente media a sua relação com o mundo. É por meio da sintonia afetiva existente na relação pais-bebê que esse mundo é capaz de organizar a sua experiência emocional. Tanto o espelhamento, que são expressões faciais e vocais que os pais usam na relação com o bebê, devolvendo para ele o que percebem dele, quanto a função reflexiva, por meio da qual os pais distinguem os seus estados emocionais e pensamentos daqueles dos seus filhos, são importantes aqui.

Slade (2007), autora que desenvolveu programas de intervenção na relação pais-bebê de risco, baseados no método de mentalização, propõe princípios norteadores para tais intervenções: a) Ajudar os pais a pensarem sobre os seus bebês mais em termos de experiência interna do que em termos de comportamento; b) Construir a capacidade reflexiva por meio da técnica de “falar pelo bebê”, que irá facilitar a penetração na opacidade e complexidade da experiência da criança; c) Conversar sobre as experiências emocionais que emergem no momento da intervenção; d) Manter os pais em mente e e) Trabalhar no nível da capacidade mental dos pais.

Por último, o modelo de intervenção ora proposto se baseia no desenvolvimento da intersubjetividade dos bebês no laço com os pais, apresentado por Laznik (2004). O trabalho ajuda o bebê a engatar num circuito da pulsão no qual ele convoca, de forma ativa, o outro para uma relação, ao mesmo tempo que auxilia esse outro sustentar, disponibilizar e investir nessa relação. Isso ajuda o bebê a reduzir suas defesas psíquicas e tendência à desconexão e se enlaçar no vínculo intersubjetivo.

Sendo assim, em cada intervenção, se fez uso dessas diferentes técnicas quando necessário. Na maior parte do tempo foi importante focarmos na mãe para que ela fosse acolhida e pudesse, posteriormente, olhar para o seu bebê, acolhendo-o e discriminando o que era do seu mundo interno e o que era do seu filho. Em outros momentos foi mais importante focarmos no bebê, a fim de convocá-lo, tirando-o de um possível retraimento. Sempre trabalhamos o vínculo, reavivando a relação mãe-bebê e facilitando o processo de construção da parentalidade.

Procedimentos

Para se explicar os procedimentos presentes neste estudo, faz-se necessário um recuo, para que se explique os procedimentos da pesquisa maior, de pós-doutorado, já referida aqui, que foi o nosso ponto de partida.

Foram avaliadas 60 famílias, atendidas em Centro de Atenção Psicossocial Infantil, nas cidades de São Paulo e Guarulhos e os resultados comparados com o mesmo número de famílias, compostas por uma mãe, uma criança mais velha com desenvolvimento típico e um bebê, que eram atendidas em Unidade Básica de Saúde, também nas cidades de São Paulo e Guarulhos.

O segundo objetivo era avaliar se um determinado modelo de intervenção na interação mãe-bebê era eficaz para se trabalhar com essas famílias. Assim, foi estipulado que 30 díades receberiam intervenção e os resultados comparados com os de outras 30 famílias com a mesma composição, que não foram expostas à intervenção.

Por dificuldades encontradas no campo, foram realizadas somente 24 intervenções. Destas, participei de 11, sendo três delas com mães bolivianas e oito com mães brasileiras. Foi a partir dessas intervenções, que tinham objetivos específicos, que nasceu o desejo de se verificar, investigar e observar o que foi explicitado anteriormente enquanto objetivo geral e específico deste estudo.

As intervenções se iniciaram imediatamente após o término da avaliação da mãe e do bebê. Elas foram compostas por 12 encontros, sendo os mesmos com frequência semanal e duração de 50 minutos cada. Levando, ao todo, a um processo de intervenção com duração de aproximadamente três meses, uma vez que em algumas esse tempo não foi consecutivo – houve pausa entre um encontro e outro, podendo a mesma ser longa, mais de quatro semanas, respeitando questões referentes às famílias.

O que nortearam as intervenções foram: a observação dos estados psíquicos da mãe, da função parental; a observação da constituição do psiquismo do bebê; a escuta quanto ao impacto do cuidado do filho com TEA na família; o impacto na relação mãe-bebê quando esta se torna mãe enquanto vive em outro país, diferente do seu; e a identificação das ansiedades e mecanismos de defesa que estavam em funcionamento na relação da díade, bem como quais as fantasias maternas em relação ao bebê. Oferecemos escuta, continência e *reverie* para os estados emocionais da díade e buscamos intervir na qualidade da interação.

A proposta de avaliar essas mães e os seus bebês e, posteriormente, realizar intervenção com alguns deles foi feita para as Secretarias de Saúde dos Municípios de São Paulo e Guarulhos. Por conseguinte, foi feito contato com cada serviço, CAPSi e após apresentação da pesquisa para a equipe, foi feito contato telefônico com as famílias. As intervenções foram realizadas nos CAPSis (Mães bolivianas: uma em Santana e uma na Penha. Mães brasileiras: duas na Penha e uma em São Mateus), com exceção da de uma mãe boliviana, pois a mesma encontrou diversos obstáculos para ir semanalmente até o serviço. Devido as dificuldades de se encontrar sujeitos, pensamos que não haveria maiores implicações em se adaptar a intervenção para a casa da família.

No primeiro contato com a díade, a mãe assinava – duas vias, das quais uma ficaria com ela e outra com a pesquisadora – o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a avaliação era feito o convite a algumas mães para participarem da intervenção com os seus bebês. O critério usado foi o de conveniência – distância do serviço e disponibilidade da mãe e das pesquisadoras. Quando não era possível para a mãe deixar os outros filhos sob os cuidados de outra pessoa, eles também participavam. Das seis intervenções trabalhadas aqui, isso ocorreu em duas: na que foi realizada na casa da família, em que dois dos três irmãos do bebê estavam presentes e na de São Mateus, na qual, o único irmão, que era mais velho, estava presente.

A mãe, no primeiro dia da intervenção, era lembrada de que a intervenção seria filmada e de que contaríamos com mais uma pesquisadora para fazer essa filmagem, a co-terapeuta. No dia marcado, levávamos a filmadora e uma caixa de brinquedos que continha: livro, chocalhos, carrinhos, conjunto de panelinhas, bichinhos de pelúcia, bola, blocos para fazer torre, caixa de encaixe de figuras geométricas, animais que faziam sons, bonecas e ferramentas. O serviço providenciava uma sala disponível, que sempre contava, ao menos, com uma mesa e duas cadeiras e com colchonetes, uma vez que a proposta era sentarmos no chão para brincarmos e conversarmos.

O recurso do vídeo foi usado, pois ele ajuda a captar e, posteriormente, observar e investigar qual era a dinâmica estabelecida entre mãe e bebê. No momento da intervenção, procurava deixar a minha atenção livre para associar e atentar ao clima emocional presente entre a díade e desta comigo, pesquisadora. Haja vista que poderia fazer uso da compreensão do mesmo para analisar os fenômenos que se apresentavam ali, identificando-os e refletindo sobre os impactos destes em cada encontro e na construção da parentalidade das mães. Ou seja, a transferência e a contratransferência são poderosos instrumentos dos quais o pesquisador pode fazer uso.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram três mães bolivianas, sendo as três com faixa etária entre 25 e 35 anos. Duas delas residiam na cidade de São Paulo e uma em Guarulhos. Uma delas possuía ensino fundamental incompleto e as outras duas, ensino médio completo. Todas as três mães tinham um filho com diagnóstico de TEA, sendo que um deles com até 5 anos de idade e dois, menos de 5 anos de idade. Elas também tinham um bebê, sendo duas meninas e um menino. Todos os três estavam com menos de 12

meses de idade. Apenas uma dessas mães tinha mais de dois filhos. Todas elas se declararam do lar, apesar de ajudarem na confecção de costura da família, sem renda e viviam com os maridos, pais dos bebês e do filho com TEA.

As três mães brasileiras também tinham um filho com TEA e um bebê. Como trabalhei com oito, procurei escolher três que tivessem um perfil semelhante. Todas as três estavam na faixa dos 30 anos de idade. Duas possuíam ensino médio completo e uma superior completo. As três tinham apenas dois filhos, sendo que o filho com TEA de duas delas estava com mais de 5 anos de idade e o da terceira, com menos de 5 anos de idade. Os bebês de duas mães eram meninos e o de uma, menina. Todos os três tinham menos de 12 meses de vida. Uma das mães trabalhava e duas se declararam do lar, apesar de terem ocupação. Duas disseram obter renda e uma não. Todas as três mães viviam com os maridos, que eram pais dos seus filhos. Todas as seis crianças com TEA eram do sexo masculino.

Como essas mães e os seus bebês foram avaliados antes e após a intervenção quanto ao grau de depressão e estresse da mãe, apoio social, desenvolvimento do bebê, qualidade do vínculo da díade e grau do autismo do irmão mais velho, pensamos usar esses dados para ajudar da reflexão da análise qualitativa.

Das três mães bolivianas, uma apresentou pontuação entre onze e doze pontos para transtorno mental comum – depressão e estresse – e as outras duas não. Entre as brasileiras, duas não pontuaram e uma apresentou pontuação entre sete e oito pontos. Todas as seis mães declararam receber suporte social satisfatório. Dos seis bebês, cinco não apresentaram nenhum sinal de risco para o seu desenvolvimento e apenas um apresentou, filha de uma das mães bolivianas. Em relação ao grau de autismo do irmão mais velho, apenas o filho de uma mãe boliviana apresentou grau moderado. As outras cinco crianças apresentaram grau de autismo severo.

O quadro a seguir resume os dados aqui apresentados:

Variáveis demográficas mães	Bolivianas	Brasileiras
Idade		
De 20-30 anos	1	0
De 31-40 anos	2	3
Município		
São Paulo	2	3

Guarulhos	1	0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1	0
Fundamental completo	0	0
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	2	2
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	0	1
Ocupação		
Trabalha	0	3
Do lar	3	0
Renda		
Sem renda	3	1
Alguma renda	0	2
Variável conjugal		
Os pais do bebê vivem juntos?		
Não vivem	0	0
Vivem	3	3
Variável demográfica irmão		
Sexo do irmão		
Menina	0	0
Menino	3	3
Idade do irmão		
Até 5 anos	2	1
Mais de 5 anos	1	2
Grau de autismo		
Moderado	1	0
Severo	2	3
Variável demográfica bebê		
Sexo do bebê		
Menina	2	1
Menino	1	2
Idade do bebê		
Até 12 meses	3	3
Mais de 12 meses	0	0

Variável pós-parto		
Amamentação		
Não amamentou	0	0
Amamentou	0	1
Amamenta	3	2
Variáveis das escalas mãe		
TMC 7-8		
Sem	3	2
Com	0	1
TMC 11-12		
Sem	2	3
Com	1	0
Apoio Social		
Satisfatório	3	3
Insatisfatório	0	0
Variáveis das escalas bebê		
IRDI		
Sem risco	2	3
Com risco	1	0
ADBB		
Sem retraimento	2	3
Com retraimento	1	0

Aspectos éticos

Todas as mães foram informadas, no momento da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), – Anexo A – como dito antes – que ela e o seu bebê estavam sendo convidados para participar de um estudo de pós-graduação, onde uma avaliação do seu estado emocional, bem como do desenvolvimento do seu bebê e da relação entre eles seria oferecida. Informou-se ainda que a qualquer momento era possível interromper a participação no estudo, o mesmo só teria os resultados finais divulgados em congressos e artigos científicos, seria mantida confidencialidade, a participação era voluntária e não haveria ônus financeiro para nenhuma das partes envolvidas. Além disso, foi explicitado que o estudo era desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e que havia sido submetido ao Comitê de Ética da mesma e da Secretaria de Saúde dos Municípios envolvidos.

Após o término de cada intervenção uma devolutiva foi feita para a família, bem como para o serviço e os encaminhamentos necessários foram realizados em parceria com

este último. Muitas vezes a própria equipe da instituição pensou em diferentes possibilidades para acolher a demanda da família ali mesmo, no serviço onde ela já estava inserida e, outras vezes, foi necessário, também, um encaminhamento para fora, outra instituição. Em nosso grupo de pesquisa, procuramos discutir os casos de intervenção quando possível.

Em relação aos benefícios obtidos por cada díade, faremos uma reflexão na discussão e conclusão, mas é sabido que muito depende da própria dupla mãe-bebê.

Análise de conteúdo dos dados na perspectiva clínico-qualitativa

Seguindo o referencial da análise de conteúdo (BARDIN, 1977/1988), utilizamos aqui a avaliação sistemática de descrição do conteúdo das mensagens, como técnica de análise dos materiais.

O objetivo é ir além do descritivo e manifesto, para inferir interpretações de sentido subjacente. Para tanto, é usado o aspecto qualitativo da análise de conteúdo, que encontra ressonância na noção de Bardin (1977/1988), na qual se parte de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, ainda, nos quais faz inferência de conhecimento relativo às condições de produção e permite-se recebimento dessas mensagens, para se obter um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Assim, os dados obtidos durante os encontros de intervenção e que foram registrados em vídeos, foram assistidos e transcritos, para que fossem acolhidos subjetivamente, reunidos em grupos temáticos, codificados em categorias e tivessem seu estado bruto transformado em possíveis representações de conteúdo.

Não só o que foi verbalizado e ficou registrado nos vídeos foi levado em conta como meio de expressão das mães e seus bebês, mas também, as manifestações via “ambivalências, expressões de conflitos internos, lacunas de representação, paralisias, lapsos, duplas mensagens, comunicações não verbais, necessidade de projeção de aspectos dolorosos de si no outro.” (MENDES DE ALMEIDA, 2018, p. 44).

Também, se levou em consideração o próprio campo da intervenção, o estado emocional experienciado por todos os participantes, mãe, bebê e pesquisadoras, bem como a dinâmica transferencial.

É importante lembrar que os agrupamentos temáticos seguiram diversos critérios possíveis, dentro de dois eixos principais:

[...] critério de repetição [...] constitui-se na atividade de distinguir, no caso pondo em destaque as colocações reincidentes, considerando todas as emergências no discurso da pessoa [e o] da relevância, trata-se de considerar em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição [...] mas, constitui-se de uma fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação (TURATO, 2003, p. 446).

Por fim, as categorias abarcaram as semelhanças e diferenças entre as mães, ressaltando a singularidade de cada uma, dentro desses eixos: repetição e relevância.

CAPÍTULO V – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES COM AS MÃES E SEUS BEBÊS E ALGUMAS REFLEXÕES

O presente capítulo apresenta seis díades mãe-bebê, sendo três bolivianas e três brasileiras; analisa o material coletado durante a pesquisa, ou seja, ao longo dos 12 encontros – com algumas díades um pouco mais, com outras um pouco menos, devido às possibilidades de cada uma – de intervenção, destaca o que surgiu de mais relevante e reflete sobre a experiência materna. Experiência essa de ser mãe novamente, após ter um filho diagnosticado com TEA e, em alguns casos, de ser mãe migrante.

O material proposto é um recorte do meu olhar e escuta do que pudemos experienciar juntos, em intervenção. O objetivo desta era oferecer um espaço de processamento conjunto das experiências psíquicas que não puderam ser elaboradas até então e que impactavam na forma como a mãe podia olhar o seu bebê e exercer a parentalidade, bem como o vínculo entre eles. Assim, um espaço lúdico foi proporcionado, no qual a mãe e o bebê puderam interagir, brincar livremente e falar – das diversas formas possíveis – sobre o que lhes ocorresse. Enquanto brincávamos, conversávamos, principalmente, sobre parentalidade, autismo e migração.

Primeiramente, apresento um breve resumo da história de vida das mães e seus filhos e, em seguida, temas que se repetiram ao longo dos encontros com cada díade, acompanhados de reflexões que fiz durante e após cada encontro. Esses temas foram organizados em três grandes agrupamentos temáticos – Configurações Familiares: Ingredientes da Parentalidade, Repetição ou Elaboração? Enfrentando o Autismo e Transpondo o Impasse: O que Pode Mudar?

O primeiro agrupamento abarca a história familiar – família extensa e nuclear – de **Daniele e Alice, Janaína e Juliano, Regina e Renan, Pillie e Sarah, Maria e Gracia e Nina e Daniel**, ressaltando o vínculo da mãe com os próprios pais, com o marido e com os filhos, a repetição no contexto transgeracional e as angústias em relação a essa repetição. O segundo agrupamento tem como foco o autismo vivido como sombra sempre presente ou como um fantasma que pode retornar a qualquer momento. Do modo que se vivia essa experiência com o filho mais velho, – o filho com TEA – do jeito que o bebê podia ser visto – sobretudo, o seu desenvolvimento emocional – e com qual rede de apoio se podia contar. Seria o autismo vivido como uma repetição com a chegada do bebê ou

como uma tentativa de elaboração? Aqui, um paralelo é feito entre autismo e migração. Em alguns casos, a migração, vivida como um isolamento, parecia se assemelhar à dinâmica autística. Por último, um agrupamento que fala dos enfrentamentos das vulnerabilidades – autismo e migração – e as saídas possíveis – o futuro podendo ser sonhado, como um ato de poder transpor as dificuldades.

Os três agrupamentos temáticos são resultados de uma leitura flutuante (Turato, 2003), apoiada na teoria psicanalítica, do material transcrito dos vídeos dos encontros com as díades. Todos foram assistidos na íntegra por mim, que não pretendo entender ou explicar o que foi experienciado, mas sim, ficar o mais livre possível para estar receptiva à experiência emocional vivida no momento das intervenções (Bion, 1962).

Tal leitura em muito se assemelha ao que é vivido pela dupla analista-paciente no *setting* analítico e pelo que é proposto pelo método de Observação de Bebês (Bick, 1963/1984), no qual o observador vai até a casa da família, uma vez por semana, por uma hora, ao longo de dois anos – desde o nascimento do bebê – e se deixa ser impregnado pela comunicação primitiva da díade, onde aspectos não integrados e turbulentos da experiência emocional estão constantemente presentes.

Ao final deste capítulo, apresento um quadro resumo como forma de sistematizar e, assim, facilitar a leitura dos dados encontrados e sua análise qualitativa posterior, seguindo a metodologia da análise de conteúdo (Bradin, 1977/1988). O mesmo está dividido de acordo com esses três agrupamentos temáticos em questão.

Oportuno lembrar que os nomes foram alterados para que o sigilo fosse garantido. Ainda, que cada intervenção foi filmada, com o objetivo de enriquecer o aprendizado e discussão posterior, e uma caixa de brinquedos foi oferecida, para estimular a interação mãe-bebê. Com exceção de uma díade, todas foram vistas no CAPSi onde o filho com TEA era atendido.

DANIELE E ALICE

Daniele, brasileira, tinha 34 anos, casada com E. e mãe de dois filhos, V. de 3 anos e **Alice**, de 3 meses. Professora do ensino fundamental, na rede pública. Os seus irmãos, uma irmã e dois irmãos, fizeram pós-graduação, como ela, e tinham bons

empregos. A família morava perto dos pais de cada um dos genitores e contava com eles no cuidado com as crianças.

Os dois filhos foram planejados. Antes de V., **Daniele** sofreu um aborto. Tanto a gravidez de V. quanto de **Alice** foram sem intercorrências. A menina nasceu a termo e estava sendo amamentada.

Não fazia muito tempo que V. havia sido diagnosticado com autismo. O pediatra que o acompanhava foi quem o diagnosticou e encaminhou para outros profissionais. Ainda era difícil para **Daniele** aceitar tal diagnóstico.

Encontrei com essa mãe e bebê uma vez por semana, por três meses – totalizando 12 atendimentos. Os encontros foram realizados no CAPSi onde V. era acompanhado. Fizemos parte das intervenções eu, mais uma pesquisadora, que tinha a função de uma co-terapeuta. Encontramos com V. uma vez, mas ele ficou fora da sala, com a avó materna, por escolha da família.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

Mulheres e homens, fortes e fracos

“Eu queria para a minha filha um nome que começasse com a letra A, porque são nomes fortes. O meu nome termina com E e, sempre fui desprezada. A minha mãe me deu esse nome por causa de um filme. Eu sofria bullying na escola e isso deixa marca. Dei para a minha filha o mesmo nome de duas alunas que tive. Elas eram meigas e espertas.”
(**Daniele**)

Desde o início das intervenções **Daniele** trouxe uma questão bastante central de sua vida psíquica, que aparecia no seu discurso de forma personificada na figura da mulher solitária, portanto, fraca.

Ao contar a sua história, ainda no primeiro encontro, disse que a sua mãe sempre falou que ela se casaria com E. – eles, bem como suas famílias, frequentavam a mesma igreja. No entanto, ela não possuía a mesma intuição de sua mãe, pois estava interessada em outro rapaz. Um dia, pediu um sinal para Deus enquanto rezava em uma igreja

diferente da que frequentava e, nesse momento, E. apareceu. Então, entendeu que ele era o amor que lhe fora enviado.

A mulher fraca dava lugar à mulher forte em alguns momentos e dessa forma as figuras masculinas assumiam o lugar do fraco nas relações que **Daniele** estabelecia com as pessoas. Um dia ela disse:

“Eu sou boazinha, mas sou nervosa quando pisam no meu calo. Agora que E. está construindo o papel de homem da casa. Tem que trabalhar, né? Eu fico ansiosa, querendo que ele mude. A gente pensa num casamento ideal e não é. A família do E. sabe que eu sou forte e faço. Quero que eles vejam isso no E. Tem que jogar ele para as coisas. É difícil. Falta coragem de viver, de se cuidar. Eu me sinto forte. Os meus pais sempre me mandaram para o mundo.” (Daniele)

O ser forte e/ou ser fraco também permeava a relação de **Daniele** com os seus filhos. Ficava em dúvida quanto a falar, nos ambientes frequentados pela família, sobre o diagnóstico de V. Temia contar e as pessoas passarem a tratá-lo de forma diferente. Por outro lado, temia não falar e as pessoas perceberem as dificuldades dele. Não só ela se sentia fraca, como via o filho como tal, ao mesmo tempo, temia que ele fosse visto assim pelos outros. Na escola, diziam que ele era bonzinho e ela não gostava. Falou que ele tinha que ser tratado como os demais. Ela o exigia bastante e percebia que ele não poderia dar muito: *“Se ele trabalhar numa lanchonete, por exemplo, eu já me darei por satisfeita.”*

Parecia que ter um filho diagnosticado com autismo potencializou o sentimento de **Daniele** de sentir-se fraca. Ainda que ela tentasse ser forte, colocando a fraqueza no outro, marido e filho, e esbravejasse para o mundo que V. podia ser cobrado, pois teria condições de dar aquilo que dele era esperado, parecia que esse sentimento não a abandonava.

Penso que tal sentimento, realmente, foi potencializado com a chegada da maternidade, quando os nossos fantasmas psíquicos podem retornar mais fortalecidos, e com o TEA do filho mais velho. A menina que sofria *bullying* agora era mãe, mas não foi capaz de gerar um filho “perfeito”. Continuaria sofrendo *bullying* e agora o seu filho também sofreria.

Perguntava-me como eram as identificações de **Daniele** com o feminino. Como ela via a sua mãe, por exemplo. Como foi dito anteriormente, esta última foi a responsável por colocar em palavras o seu destino de se casar com E. Destino este que foi determinado por Deus, o maior dos homens. Aqui, de novo, o interjogo entre forte e fraco, feminino e masculino. Apesar desse homem Deus ter o poder de enviar sinais, ela não comentou se recebeu algum em momentos difíceis da vida, como o aborto e o diagnóstico de V. Nem as mulheres, bem como os homens eram sempre fortes ou fracos.

Ela falava dos seus pais com admiração. Via-os como pessoas batalhadoras e livres, que haviam criado os filhos para o mundo. Todavia, certo dia, comentou com prazer que **Alice** gostava de ficar com a sua sogra, mas ficava mais chorosa com a sua mãe. Quando deixava a filha com esta última, ela chorava e quando ela, **Daniele**, retornava, a menina logo queria o seu colo.

Será que para poder existir enquanto adulta e mãe ela precisava tirar a potência de sua mãe, que parecia extremamente forte? Um dia comentou que a mãe sonhava em ser professora e não o foi. Ela, **Daniele**, era.

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

Vivendo a espera

“Precisamos esperar para ver se ela não terá nada mesmo.” (Daniele)

Como era viver essa espera? Foi isso que pude aprender com **Daniele** e **Alice**. Apesar do medo de ter outra criança com diagnóstico de autismo e da angústia que era esperar esse segundo bebê crescer para, realmente, tal hipótese ser descartada, **Daniele** contou que quis embarcar nessa jornada.

Comentou que a psicóloga questionou o seu desejo de ter outro bebê, pois já tinha um filho dentro do espectro. Explicou que o que a motivou foi o fato de V. poder aprender com o irmão ou irmã. *“O que viesse estava bom. Eu não tinha expectativa. Só queria que o V. aprendesse com o filho mais novo.”* Também, elucidou que quis ter outro filho para viver a maternidade de forma mais leve, uma vez que mencionou que se desesperava muito e cobrava do filho V. certas aquisições, como falar e andar.

Ela dizia não saber a razão do diagnóstico de TEA de V. Comentou ser genético, mas disse não saber de qual lado “vinha”, se do dela ou do lado do marido. Sua irmã repetia que ela era super-protetora e por isso V. era como era. Pediu para que ela não falasse mais isso. Sentia que, por conta da perda do primeiro bebê, tinha se tornado bastante insegura.

Desde o início da vida do filho ela o percebia diferente. Comentou com os pediatras que o acompanhavam, mas todos falaram que ele estava bem. Apenas recentemente, quando V. deveria estar falando e ainda não o fazia, que um desses médicos lhe encaminhou para o psiquiatra. Ela não quis levá-lo para a consulta, por conta do estereótipo “*psiquiatra é para louco*”. Dessa forma, o próprio pediatra lhe deu o diagnóstico.

Daniele costumava falar para seus familiares que poderia ser possível que ele tivesse autismo. Ficava preocupada com o fato de seus irmãos não quererem ter filhos por conta disso, uma vez que existe o fator genético. Também, se perguntava se **Alice** um dia iria se preocupar e considerar não ter filhos. Sem dar muitos detalhes, ela comentou que existia a possibilidade de E., seu marido, “ter algo”. Parecia que, em momentos assim, o que era mais difícil de aceitar ficava no masculino. Tanto o marido, quanto o filho eram os que carregavam o problema. Sinal de fraqueza? Uma defesa mais narcísica?

Apesar das incertezas, **Daniele** também era forte como dizia. Foi corajosa o bastante para arriscar e apostar na vinda de um filho que pudesse não ser diagnosticado com autismo. **Alice** precisava conquistar o seu espaço e mostrar para a mãe que ela não errou em apostar novamente e assim ela o fez. Desde o início do nosso trabalho ela deu mostras de que parecia ter entendido o seu papel, de ser uma menina de personalidade, ser exemplo para o irmão e ajudar a mãe se sentir capaz de gerar um filho sem síndromes e/ou transtornos.

Ela era uma bebê grande para a sua idade, pele clarinha, olhos grandes e sorriso constante. Estava sempre balbuciando e muito alto. Parecia querer mostrar que estava ali, participando das conversas e mostrando as suas competências. Convocava a todo o tempo e só parava de balbuciar quando nos dirigíamos à ela. Às vezes, chegava a gritar mesmo, até falarmos com ela. Seria sinal da força que sua mãe lhe desejara? **Daniele** disse uma vez: “*Ela é bravinha. Reclama quando não tem atenção.*” Era interessante essa associação do ser forte com o ser brava. Parecia que o primeiro só poderia acontecer por essa via.

*“Alice olha para mim quando converso com **Daniele**. Pergunto-me se ela quer conversar também. Enquanto **Daniele** fala para nós, para mim e para a co-terapeuta, que não aceitava o autismo de jeito nenhum, mas agora aceita mais, **Alice** sorri para mim. Digo que ela olha e sorri para quem interage com ela. Nesse momento, falando pela filha, **Daniele** diz: Eu não aguento quando o meu irmão olha para mim. Quando ele me olha, eu abro um sorriso.”*

Em diversos momentos **Daniele** trouxe o medo de se decepcionar e descobrir, no futuro próximo, que **Alice** estaria dentro do espectro do autismo – *“Se ela não tiver nada mesmo.”* – Era parte das minhas intervenções apontar as competências da bebê que tínhamos ali, a nossa frente. Aos poucos, com o passar dos encontros, **Daniele** foi lembrando o que **Alice** fazia que V. ainda não fazia ou fez e parou de fazer. Era um comparar importante, para lhe assegurar de que tudo estava bem.

Ela contou que o filho estava querendo falar mamãe pela primeira vez – *“Ele está falando má, má.”* – Lembrou que ele não percebia quando ela saía, não chorava. Também, não sorria quando ela retornava e não a solicitava para mamar, coisas que **Alice** fazia. Na última intervenção, **Daniele** disse: *“Você viu que ela tirou o dinossauro da frente para pegar a boneca e colocar na boca? Ela é muito esperta.”* Pegou e abraçou a filha. Parece que pôde ver com os seus olhos as competências das quais eu falava.

Ao contar de suas lembranças, **Daniele** falou de que já tinha um sonho para **Alice**: *“Quero que ela toque o órgão que temos em casa. O pai dela toca flauta. Lembro que minha mãe queria ser professora e eu sou.”* O mesmo era mais difícil em relação a V. Ela soube que a diretora da escola do filho tinha um irmão com autismo e comentou que a perguntou: *“Me fala dele para ver se eu fico mais animada.”* Também, comentou: *“Eu sinto saudades dos meus alunos, porque eles me dão uma resposta que o V. não me dá.”*

Era importante que **Daniele** se tranquilizasse e sonhasse com **Alice**, assim podia não só enxergar as competências da filha, mas também, ajudá-la a se constituir como sujeito. Talvez, também pudesse ver a beleza de quem V. era e estava se tornando. *“Vejo que ele progride num ritmo próprio.”*

Em casa, começou a perceber que **Alice** gostava de ficar perto de V. e que ele estava começando a interagir com a irmã. *“O V. não pode nem olhar para a **Alice** que ela ri. Ele olha para ela e quer ficar perto dela quando ela está no tapete de brinquedo.”*

*E aí, ela quer encostar nele. Isso me deixa feliz... ele sorrindo para ela e ela gargalhando. A pessoa com quem ele mais interage é a **Alice**. Para ela, ele será um exemplo.”*

Penso que **Daniele** precisava acreditar que não era fraca e impotente por ter sido escolhida para o *bullying* e por ter um filho com um diagnóstico. **Alice** precisava ser muito competente para mostrar para a mãe que ela, mãe, era capaz de gerar uma menina saudável e encantadora. E assim, talvez, tivesse espaço para **Daniele** se ver, se questionar, pensar como contribuía para a solidão que sentia. Também, para voltar a ter esperança de que o futuro seria mais colorido.

A intervenção parece ter cumprido esse papel, de aflorar o lado saudável, integrado, potente e delicado de **Daniele**, fazendo-a enxergar as mesmas qualidades na filha, – o meu olhar para a mãe, possibilitou, dentro do contexto da intervenção, o seu olhar para a sua bebê – o que, por sua vez, era uma forma da bebê se identificar com a mãe, algo importante para o seu desenvolvimento psíquico. Uma funcionava como espelho para outra.

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Acolhendo a solidão

*“Assim que **Alice** nasceu meu marido me pediu o terceiro filho – **Daniele** contou isso rindo. – Estou rindo de ironia. Emociona-se. O meu marido não foi capaz de perceber que eu estava ali e tinha acabado de dar a luz. Eu precisava de tempo.” (Daniele)*

Era assim que **Daniele** parecia se sentir em muitos momentos, dentro da sua casa, em meio à família extensa, com os colegas do trabalho, da igreja e entre as mães da escola do filho: sentia-se não vista e sem tempo para ser quem podia e queria ser. Enfim, sentia-se sozinha. Repetiu isso algumas vezes. Esse sentimento parecia ficar mais intenso no meio feminino. Contou que apesar de ter irmã, mãe, sogra e cunhadas, ainda se sentia só, especialmente em relação a estas últimas, pois percebia que elas se fechavam e não a deixavam entrar.

Perguntava-me se a sua relação com as mulheres era marcada por intensa rivalidade. Segundo ela, as cunhadas e a sogra mimavam E., seu marido, e nesse círculo

não podia entrar outra mulher. Ela era vista como “a de fora”, com outra criação e costumes, mas entre sua mãe e sua irmã, **Daniele** também se sentia sozinha. Apesar de se aconselhar com ambas, notava que era inadequada por pensar diferente, por exemplo, em relação ao casamento e pressupunha que precisava ficar amarrada a um determinado modelo.

“Minha irmã diz que não é traição pensar em outros homens, mas eu não sei. Às vezes, queria que E. fosse diferente, mais ativo. Minha mãe fala que homem é tudo igual, que ela também tem que fazer muitas coisas, pois o meu pai não faz.” (Daniele)

Em muitos dos nossos encontros **Daniele** se fazia perguntas importantes, como quem era, o que estava sentindo e como queria que fosse a sua vida. Parecia se sentir livre para se questionar. Entretanto, essa liberdade, muitas vezes, aparentava existir apenas internamente. Aqui, no mundo de fora, ela precisava ser a menina e mulher que julgava. Perguntava-me os motivos. De onde vinha tal rigidez? Por que não podia ser livre como os seus pensamentos? O que e quem temia? Estava correspondendo aos desejos de quem? Era por tal razão que se sentia fraca, por não poder ser a mulher dos seus pensamentos? Queria ser como as meninas que praticavam o *bullying*, mas era a que sofria? Sua rigidez era uma forma de fazer *bullying*?

Muitas dessas perguntas não foram respondidas. Apesar de estarmos entre mulheres e **Daniele** parecer se sentir livre, ficando menos solitária, para dividir o que pensava a respeito de qualquer assunto, disse não saber se ali era o lugar para tratar de todos eles. Parecia haver uma divisão entre mulher e mãe. Ali, **Daniele** pensava que tinha que ser apenas a mãe. Talvez, não tenha vivido tal rivalidade no nosso espaço, mas também, não pôde estar ali por completo.

Assim, a mãe solitária foi a que ocupou o espaço das intervenções. Fui pensando que a solidão sentida por **Daniele** ao longo de sua vida pode ter ganhado força quando o filho foi diagnosticado com TEA. Ela pensava nas situações pelas quais ele viria a passar e como elas iriam limitá-la. Comentou que ele sofria *bullying* na escola, como ela. “*Ele já é deixado de lado.*” Ela temia por ele e por ela: “*A mãe da criança especial fica excluída.*”

Também, fui pensando como seria a sua relação com **Alice**, a filha mulher. Seria com maior cumplicidade ou rivalidade? **Alice** poderia ser quem quisesse ser? Um dia

Daniele comentou que gostaria de criar a filha com liberdade, como foi criada pelos seus pais, mas tudo iria depender de seu marido. O modelo de família que parecia ter, era o da sociedade patriarcal, onde a palavra final é do homem. Quais saídas **Alice** daria para isso fariam parte de um capítulo futuro, que extrapolava as fronteiras dos nossos encontros.

Conforme avançamos com o trabalho **Daniele** começou a questionar se o que a afastava das pessoas era a sua “dureza”: *“Eu sou dura, eu julgo, mesmo que sem querer, e isso, talvez, me afaste dos outros.”* Também, contou que a sogra havia migrado para o Brasil por conta de um amor. Pensei se não era um jeito de contar como esta última era uma mulher corajosa e não apenas a rival, mãe do seu marido. Parecia que mesmo não podendo dividir comigo e com a co-terapeuta a mulher que era, pudemos tocar nessa figura. Assim, a relação com o feminino aparentava ficar menos idealizada, uma vez que ela pôde mostrar aquilo que considerava ser frágil em si mesma, sem medo da nossa dureza ou julgamento.

Penso que a intervenção, de alguma forma, foi um espaço acolhedor para o sentimento de solidão que, muitas vezes, ganha força durante o puerpério. Conforme o tempo foi passando e **Alice** crescendo, **Daniele** foi entrando em outra etapa da maternidade. Ela voltou a trabalhar quando chegamos ao nosso último encontro. O seu mundo se expandiu, não era mais o da mãe com o bebê. Mas, antes disso, o mundo da diáde foi vivido de forma compartilhada entre as duas e nós, terapeutas. Com isso, a mãe pôde ser cuidada e olhar para a filha como bebê real.

JANAÍNA E JULIANO

Janaína, brasileira, tinha 35 anos quando começou a intervenção. Casada com F. e mãe de dois filhos, P., 9 anos, com diagnóstico de autismo, e **Juliano**, 5 meses. Ela trabalhou fora até os filhos nascerem, quando passou a trabalhar em casa em período integral. F. realizava filmagens de eventos. A família contava com a ajuda de J., doméstica, que era responsável pela limpeza da casa e alguns cuidados com as crianças.

Janaína era a terceira filha de uma família de quatro irmãos. Seu pai já havia falecido. Sua mãe morava em um bairro distante, mas elas sempre se encontravam aos domingos. Ela e a sua irmã caçula eram filhas do segundo casamento dos seus pais. Sua mãe teve dois filhos do primeiro casamento. A mãe de F. morava próximo deles e o contato era diário. Soube que F. tinha irmãos, mas não foram especificados quantos. Ele

foi casado antes de conhecer **Janaína** e tinha três filhos adultos deste primeiro relacionamento.

O casal planejou ter o primeiro filho, P., que foi diagnosticado com TEA quando tinha 6 anos. Após o nascimento de P., **Janaína** engravidou e o bebê morreu no parto. Depois disso, ela e o marido não quiseram mais filhos, porém, apesar de tomar pílula, engravidou de **Juliano**.

Encontrei com essa díade no CAPSi onde P. era atendido. Ao todo foram 10 encontros. **Janaína** começou a trabalhar temporariamente e não conseguiu mais conciliar a sua rotina com o nosso horário. Além de mim, a pesquisadora, co-terapeuta, participou dessa intervenção.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

Treinamento de soldado – vivendo o trauma

“Quando eu perdi o bebê, eu achei que eu ia morrer, literalmente. Foi muito sofrido. Eu não lembrava dos meus irmãos, onde eu morava. Fiquei assim por três dias. Eu fiquei ruim e não queria fazer nada, falar, tomar banho, comer. Mas eu pensava que eu precisava fazer, senão ia ser pior.” (Janaína)

Os meus encontros com **Janaína** e **Juliano** foram marcados por histórias traumáticas e muito doloridas, que começaram no momento em que ela nasceu. Ela contou que a sua mãe tinha o tipo sanguíneo O+ e o seu pai O- e isso quase provocou a sua morte no parto.

Essa história apareceu em seu relato já no nosso primeiro encontro, mas quase passou despercebida em meio aos diversos traumas que sofreu não mais como filha, mas quando se tornou mãe. **Janaína** contou que o primeiro foi o diagnóstico da doença cardíaca de P., Síndrome de *Wolff-Parkinson-White*, que é congênita e causada por uma conexão adicional entre os átrios e os ventrículos. Ele pode viver uma vida longa sem manifestar a doença, como pode morrer de forma repentina.

Apesar do susto inicial, essa lembrança também não parecia assustar mais diante do que veio a seguir. Com muita dor, uma certa raiva e sem nenhuma pausa para escutar, **Janaína** contou que seis anos após o nascimento de P., ela e F. decidiram engravidar

novamente. A gravidez, como a primeira, foi sem intercorrência, mas, apesar disso, o bebê nasceu morto. Ela acreditava que havia ocorrido erro médico, mas sentia-se ausente na época, como se vivesse no automático, sem forças para lutar por qualquer coisa, inclusive justiça.

Com riqueza de detalhes **Janaína** falou tudo o que aconteceu com ela na sala de parto. Disse que sentiu muita dor e que ninguém a ajudou, nem o médico e nem as enfermeiras. Pelo contrário, falavam com ela como se ela tivesse exagerando, sendo manhosa. Não lhe deram remédio e nem anestesia. Ela fez muita força para o bebê “sair” e disse que ficou *“rasgada até o ânus”*. Quando o médico lhe mostrou este último, ele estava morto. Ela quase desmaiou. Não deixaram que ela se despedisse, lhe colocasse uma roupa ou lhe segurasse. Ele foi levado para uma sala específica para esses casos, dentro do próprio hospital, e de lá foi enterrado. F. esteve presente no enterro e quase desmaiou. **Janaína** soube do episódio muito tempo depois. O marido levou anos para tocar no assunto e quando o fez, falou que sentia muito por tudo que tinha acontecido. *“Eu sei que ele sente, mas ele não gosta de demonstrar.”*

Lembro-me de segurar para não chorar enquanto a ouvia. Esforcei-me bastante para lhe acolher com o meu olhar, uma vez que me vi identificada com F. e quase não consegui falar. Disse que ela sofreu uma coisa tão terrível, que era difícil processar. Inundava e machucava. Tenho vivo na memória a cena na qual **Janaína** só pôde respirar e sentir dor depois do que eu lhe disse, emocionando-se em seguida. Parecia que a minha fala tinha lhe autorizado a chorar e escancarar a sua dor. Fiquei pensando no trauma e seus caminhos, na dor e na revolta. Revolta que às vezes aplaca a dor de tal forma, que parece que ela não é legítima.

Entre esse encontro e os que vieram em seguida, outros traumas foram contados. E foram narrados da mesma forma que esse anterior, com dor, raiva e sem pausa para o escutar. Perguntei-me se falar ajudava **Janaína**. Um dia ela comentou: *“Quando a gente fala, parece que a gente amadurece. A gente se conhece e se entende.”* Era preciso falar e falar, repetir para elaborar. Enquanto a mãe falava, **Juliano** se balançava. Ele estava com refluxo e a todo momento regurgitava. Será que era difícil digerir? Um processo que parecia ainda estar no começo esse de falar para se conhecer, entender e amadurecer.

Janaína disse que quando perdeu o bebê, soube do diagnóstico de TEA de P. Nesse momento, não pôde falar de como era ser mãe de uma criança com autismo. Contou sobre a morte da cunhada e da sobrinha.

Ela tinha dois irmãos, ambos casados. O mais velho era pai de duas meninas e o segundo, sem filhos. Quando as suas sobrinhas estavam na adolescência e juventude, respectivamente, a sua cunhada descobriu um câncer de mama e no pulmão. Após muito lutar, ela faleceu. Pouco tempo depois, um ano, a filha mais velha dessa cunhada, que na época tinha 22 anos, também faleceu com câncer no rim e estômago. Ela deixou um filho de 4 anos. O irmão, sobrinha e sobrinho neto de **Janaína** moravam com a sua mãe. Esta última, bem como **Janaína** e a irmã, se responsabilizava bastante pelo cuidado da menina e do menino. Apesar de se emocionar ao falar da cunhada e da sobrinha, **Janaína** contou essa história uma única vez e não tocou mais nesse assunto. Estaria elaborado? Talvez sim, ou estava na fila dos traumas que precisavam ser digeridos. *“O câncer te dá esperança. Você acha que a pessoa vai melhorar, mas não melhora.”* Talvez **Janaína** sentisse assim, cansada de ter esperança de que os traumas passassem. Parecia nem dar tempo de sentir dor e elaborar que logo vinha outro.

Por fim, ela relatou que por muito tempo “viveu no automático”. Ela não queria conversar, tomar banho, comer e nem ser tocada – não apenas no sentido sexual. Acabou se convencendo de que se não levantasse dia após dia e fizesse o que precisava ser feito, seria pior. Também, precisava cuidar de P. Aos poucos, ela voltou a sonhar. Queria trabalhar e estudar novamente. Não pensava em ter mais filhos e tomava pílula. Começou um regime, pois estava muito acima do peso. Foi convencida pela endocrinologista a tomar remédio para emagrecer. De repente, descobriu que estava grávida. Após o choque, veio à revolta e o medo de ter mais um filho com autismo ou qualquer outra doença. Culpou-se por ter tomado remédio grávida, apesar de não saber.

Eu, muitas vezes, me perguntava o que podia fazer por ela e por **Juliano**, como podia ajudá-los. Tudo era muito pesado e parecia não haver saída. Como a própria **Janaína** disse uma vez, parecia que todo dia ela fazia treinamento de choque, igual soldado, para seguir vivendo. Era como se traumas fizessem parte da identidade dela. Ela se apresentava como mãe, esposa, filha, irmã, tia e mulher que vivia um trauma atrás do outro.

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

A sombra do autismo e semeando em solo árido

*“Tudo é novo, então eu fico com medo – referindo-se ao segundo filho. Disse não ter parâmetro do que é uma criança saudável, pois o primeiro filho foi diagnosticado com TEA – Medo de coisas pequenas se tornarem coisas grandes. Medo irracional. F. diz que parece que eu sou mãe de primeira viagem... Já melhorou muito a minha ansiedade desde que ele – **Juliano** – nasceu. Medo dele ter alguma coisa. Cada vez que eu vejo ele fazendo alguma coisa, já me tranquiliza.” (Janaína)*

“Eu já não ando mais tão paciente como eu era antes. Ele – P. – já é grande e eu espero outro comportamento. A repetição vai me irritando. É uma violência o que eu faço comigo mesma. Faço coisas que eu não quero. Me fere, me machuca, me decepciona. Eu falhei. Eu não atinjo os meus objetivos. Eu invisto e não tenho retorno. Quando reclamam, parece que eu não faço nada. Eu insisto tanto e o P. ainda está naquele erro tão básico. Sentimento de não conseguir.” (Janaína)

A angústia com a possibilidade de ser pega de surpresa e viver um novo trauma era uma constante na fala de **Janaína**. Ela era uma filha, mulher, mãe marcada por inúmeros deles. Um desses traumas foi o diagnóstico de TEA do seu filho mais velho. Diagnóstico este que a assombrava, pois ela temia que **Juliano**, o filho mais novo, também o recebesse posteriormente. Ela me relatou algo interessante, o fato de não ter tido parâmetros de comparação. O diagnóstico de P. foi tardio e como ele nasceu com um problema cardíaco, ela acreditava que as dificuldades dele estavam relacionadas a este último problema. Não conseguia comparar **Juliano** com um bebê saudável, pois o seu primeiro bebê nunca o foi e vivia a eminência de um novo diagnóstico tardio.

Era exaustivo, mas totalmente compreensível, o quanto ela checava o corpo de **Juliano**, a procura de qualquer marca que pudesse ser imediatamente esclarecida e cuidada, sumindo em seguida. Também, perguntava-nos se acreditávamos que ele estava bem. Questionei-me inúmeras vezes se o fato de **Juliano** ter refluxo e não conseguir

dormir bem tinha algo a ver com essa angústia materna. Era difícil para **Janaína** digerir e relaxar, e talvez o fosse para ele também.

A questão do sono de **Juliano** era grande e recorrente, sempre a levando para os lugares mais assombrosos do seu mundo interno. **Janaína** explicou que P., quando bebê, não dormia nunca. Então, o fato de **Juliano** ser um bebê que também dormia pouco era o gatilho para ela pensar nessa semelhança como o mesmo destino para os seus dois filhos. Perguntava-me se ela acreditava que era capaz de “produzir” bebês perfeitos. Não escutei nenhuma fala como retrato desse caminho. Também, perguntava-me o quanto **Juliano** absorvia do traumático da mãe. Será que por isso não podia dormir “em paz”? **Janaína** vigiava tudo e todos, e **Juliano** também se mantinha em vigília?

Um dia **Janaína** precisou desmarcar a intervenção, pois precisava levar **Juliano** para uma consulta médica. Na semana seguinte ela nos contou que ele fez alguns exames cardíacos e descobriram um “*furinho*” em seu coração. Era algo que não teria evolução e era “*do bem*”, segundo ela. De fato, ela não parecia angustiada com tal descoberta, mas tentei imaginar como ela havia ficado nas duas semanas anteriores, entre a consulta, os exames e o resultado. Parecia que por mais que ela tentasse ver **Juliano** fora de perigo, algo sempre aparecia para atormentá-la.

Mesmo parecendo que os seus filhos ficavam identificados com o lugar da doença – P. tinha um problema cardíaco e diagnóstico de TEA, o seu bebê anterior a **Juliano** nasceu morto e este último estava dormindo pouco, tinha refluxo e um “*furinho do bem*” no coração – **Janaína** tentou dar um destino diferente para o caçula. F. queria que o filho tivesse o nome do bebê que morreu, pois eles já tinham escolhido e ele não pôde ser registrado. No entanto, **Janaína** foi contra e disse que **Juliano** não tinha nascido para substituir ninguém. Até procuraram uma numeróloga, pois lhe haviam dito que o nome de P. tinha que ser diferente, pois a soma numérica era a de uma criança complicada. Pareceu-me um movimento importante, uma tentativa de individualizar e subjetivar **Juliano**.

Quando havia brecha para **Janaína** respirar, ter prazer com a maternidade, ver **Juliano** como um bebê saudável e que interagia, o cansaço sentido na relação com P. roubava a cena e a deixava bastante irritada, desmotivada, triste. Ela percebia que isso afetada a sua relação com o filho mais novo, lhe causando mais desespero. Conseguia se ver irritada e ansiosa, e o quanto **Juliano** também ficava no mesmo estado. Até em relação a P., **Janaína** entendia que se ela não melhorasse ele também não melhoraria.

*“É comigo o negócio e não vai passar nunca. Estou semeando num solo árido, nunca vai brotar. Enquanto eu não melhorar, o P. não vai melhorar... Como eu vou ter paz? Para mim é um tormento o dia inteiro. Ele – P. – tem condição de melhorar, mas não sei onde está a trava dele. Volta a fazer o que não fazia há tempos, é repetitivo. E tem gente que pensa: essa mulher não faz nada. Ele entende e é isso que me frustra. A gente tem um freio social e parece que ele veio sem esse freio. Agora eu recebo pouco convite para festa de aniversário, por causa dele. Não tem mais lugar que eu vou que é legal. Parece que nada com P. é bom. Estou sempre em alerta. Estou menos paciente e menos disponível para o **Juliano** por conta do P.” (Janaína)*

Janaína conseguia falar com facilidade e honestidade sobre os seus sentimentos. Sentia o peso da sua relação com P. e mesmo conseguindo expor isso, não se livrava da culpa. Reconhecia que era pesado e, portanto, natural que ela perdesse a cabeça em alguns momentos, mas, em seguida, olhava para si e para como contribuía para que as situações evoluíssem para uma briga, terminando com ela gritando. Explicou que era muito difícil para ela sair da regra. Então, queria controlar tudo. De forma dolorida, mas bonita, foi entendendo que P. era uma pessoa e, como tal, tinha “querer”, não podendo ser controlada em tudo. *“Eu quero controlar e o P. eu não controlo. Isso me pira. Agora o P. percebeu que ele tem querer.”*

A culpa sentida por **Janaína** não era só resultado do seu cansaço e de seu “perder a cabeça”, mas de sentir raiva com o que lhe aconteceu. Por algumas vezes ela disse ter se sentido “roubada” quando recebeu o diagnóstico de TEA de P. ou quando **Juliano** nasceu. Tinha planos de estudar, trabalhar, ganhar o seu dinheiro. Fica implícito em sua fala que um filho com alguma síndrome ou transtorno impede os pais de muitas coisas. Quando ouvi, concordei em silêncio e pensei o quanto é importante que os serviços de saúde mental acolham esse sentimento dos pais. *“As pessoas têm receio de dar o diagnóstico de TEA. Eu estava numa fase que eu ia trabalhar, ganhar dinheiro, estudar. É egoísmo sentir isso, pois um filho não impede a gente de viver isso.”*

Janaína se preocupava com como P. iria conseguir gerir a sua vida. Achava que no autismo tudo era imprevisível e isso a deixava com raiva e com dificuldade de aceitar tal situação. Não queria pressionar **Juliano** a ficar responsável pelo irmão, mas sonhava com o fato dele poder fazer isso por amor. No começo, logo quando este último nasceu,

tinha medo de P. machucá-lo. Aos poucos, foi vendo que eles interagiam e que P. “importunava”, mas não machucava o irmão. Com humor, falava que eles iriam ser como polícia e ladrão, que iriam contar tudo para juíza, que era ela. Pensei, quando a ouvi, que ela sempre estaria no controle, uma vez que disse que era difícil sair desse lugar e aceitar as vontades do outro. Talvez, também fosse difícil para ela apostar nas capacidades desse outro. Mais uma vez, me perguntei o que estava por de trás de tanta proteção. Seria só medo de que o outro se traumatizasse?

Mesmo com as suas dificuldades, **Janaína** conseguia ver e se responsabilizar pelas suas questões. Ela era uma mulher que se questionava, questionava o outro, a vida e estava sedenta por esperança. Buscava-a em suas lembranças e em alguns momentos, conseguia ver as coisas de forma menos nebulosa.

Havia doces lembranças no meio do caminho. Em meio a dor e a revolta, vimos e ouvimos ela rir, ter esperança e lembrar com saudade de certos momentos da vida, principalmente da infância e de seu pai. Foi assim que fui entendendo que a minha intervenção era um espaço de escuta com potencial acolhedor, onde **Janaína** podia falar e falar, até se escutar e ver o bebê saudável que tinha à sua frente. Eu não ficava com o peso, pois ela era generosa demais e também sabia dividir os prazeres da vida. Porém, era difícil pensar.

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Doces lembranças no meio do caminho

“No quintal da casa da minha mãe tem um pé de manga e dois de goiaba, que eu plantei quando era criança. Meu pai costumava sentar numa mesa que colocaram embaixo do pé, com uma garrafa de Itubaína⁵ e almoçar ali aos sábados. Numa época a A. – sobrinha que veio a falecer quando jovem – estava dando muito trabalho para comer e ninguém mais tinha paciência. Meu pai disse que ele cuidaria dessa história. A. passou a almoçar com ele. Daí, minha mãe foi percebendo que o meu pai estava comendo menos. Tá certo que ele fazia uns regiminhos. Mas um dia, da janela da cozinha, minha mãe ficou

⁵ Refrigerante popular brasileiro a base guaraná com aromatizante de tuti-fruti.

observando eles e descobriu que ele comia a comida da A. para ela não levar bronca. Ele falava para ela: A carne você vai ter que comer.” Risos (Janáina).

Quando estávamos na metade das intervenções, **Janáina** teve algumas doces lembranças, principalmente dos seus pais, enquanto ela e os irmãos eram crianças. Perguntei-me se isso se devia, em partes, ao fato dela poder ser escutada por mim. Também, se o fato de ser escutada em um espaço onde o seu bebê real estava sendo visto e assim, na hipótese de aparecimento de qualquer risco daria tempo de revertê-lo, lhe trazia alívio. Ainda que não tivesse certeza da resposta, era, no mínimo, curioso e prazeroso ver e escutar a **Janáina** criança, filha. Esse movimento onde o psiquismo retorna ao passado, para as lembranças prazerosas, parecia estratégico, movimento de ressignificação.

Janáina contou que a sua mãe sempre foi uma mãe bastante afetiva e que apesar de ser uma pessoa simples, tinha muita cultura. Por mais de uma vez, nesse encontro, lembrou que foi extremamente cuidada. *“Minha mãe quis casar de novo para que os meus irmãos crescessem com a presença de um pai. Ela trabalhou bastante para dar a melhor vida para a gente. Sempre fomos pobres, mas nunca faltou nada. Dividíamos tudo.”*

Via **Janáina** identificada com a sua mãe, pois também era extremamente cuidadora. Sempre pensava e se adiantava para proporcionar menor sofrimento a P., à medida que tentava encontrar formas de ajudá-lo a conviver de forma menos conflituosa com os outros a sua volta. Prestava bastante atenção em **Juliano**, no seu desenvolvimento emocional, mas físico também. Estava atenta à sobrinha e o seu comportamento nas redes sociais. Queria evitar que ela fosse *“presa fácil de abusadores”*. Era perceptível, em algum grau, que o seu cuidar era resultado de uma angústia enorme, – parecia que a qualidade deste era diferente da qualidade do cuidado de sua mãe – como se ela fosse capaz de ser um para-raios, que captaria e evitaria qualquer tentativa de catástrofe, trauma. Tinha bastante experiência em sofrer e não queria que aqueles que amava passassem por algo parecido, então se adiantava, ou esse cuidar tinha outras fontes?

Seja como for, **Janáina** parecia esperar uma recompensa e não se achava merecedora de tanta punição. Um dia, comentou: *“A minha irmã sempre foi a mal humorada. Um dia o **Juliano** estava chato, enchendo o saco, e eu disse para a minha mãe que não era eu quem deveria ter filho difícil.”*

Em meio a essa fala, disse que o pai ia adorar os netos – ele só conheceu a que veio a falecer. Comentou que ela, **Janaína**, e a irmã faziam tudo juntas. Eram bastante unidas e, apesar desta última ser mais geniosa, ela tinha bastante amigas. Dividiam tudo, até as amizades. Uma equilibrava o que faltava na outra. Falou que a mãe era ciumenta, mas não demonstrava. *“Um dia ela chamou a gente na porta de casa e disse: Olha bem para isso. Era o meu pai, que estava sentado na porta de uma venda com os amigos, e a dona M., que estava em pé, do lado dele, usando saia. Minha mãe falou: Mas eu vou lá agora.”*

Ao contar tudo isso, **Janaína** riu um riso leve e fácil. Parecia, realmente, estar se alimentando das boas lembranças para encarar o amargo da vida. Tinha fonte inspiradora a qual podia recorrer e parecia se espelhar nos pais que teve para ser uma mãe melhor.

Fé – tudo pode mudar

“Eu ficava angustiada, pensando como ia ser quando eu morrer. Depois, pensei que a vida é muito aleatória. Cada um é cada um. Não tem como saber... Quando eu morrer, morri. Não terá mais o que fazer e as coisas vão ter que se ajustar. Tem gente que estuda e vai vender cachorro-quente e tem gente que não estuda e vira Silvio Santos. Eu sofri muito a perda do meu outro bebê. Eu estou sendo ruim hoje. Não é bom uma pessoa que está sempre triste, angustiada. Minha sobrinha não sabia que morreria com 22 anos. Eu não sei o quanto eu vou viver.” (Janaína)

Janaína vivia uma ambivalência bastante acentuada, que marcou os nossos encontros ao longo dos três meses que nos vimos. Esta dizia respeito a acreditar que as dificuldades em relação ao filho mais velho, P., iriam passar e que **Juliano** não receberia, posteriormente, o diagnóstico de TEA, e a duvidar dessas duas coisas. Era sofrido vê-la lutando para sentir o hoje e o futuro melhores, mas também era um alívio ver que ela ainda tinha fé. Com fé, parecia que tinha saída.

O final do ano se aproximava e **Janaína** faria um trabalho temporário. Estava animada, mas também com receio. Receio de que P. piorasse e que ninguém pudesse ajudá-lo como ela. Em meio aos planos – que horas sairia de casa, voltaria, como desempenharia tal função – também existia a preocupação se P. sobreviveria à sua

ausência. Ela comentou algumas vezes da dificuldade de ajudá-lo a respeitar o próximo e se ver separado dela. *“Por muito tempo P. viveu como se fosse uma extensão do meu corpo. Ele não desgrudava de mim. Era ruim vê-lo sem autonomia.”*

Nesse momento, não trazia nenhuma questão a respeito de **Juliano**. **Janaína** sabia que ele ficaria bem com a sua ajudante e, também, respirava mais aliviada ao vê-lo diferente de P. em muitos aspectos. Via que ele estava quase falando, andando, interagindo mais com o outros, tinha brinquedos favoritos, etc. Tudo isso ela compartilhou conosco, apesar de também dizer que tinha as suas “neuras”. *“Às vezes eu fico bolada, mas eu vejo que tem várias coisas diferentes. O P. ia com qualquer estranho. Mudava de colo e não mostrava reação. Era grudado em mim, mas se eu saísse, era como se eu não existisse.”*

Ali, na sala, víamos uma mãe que entendia os choros do seu bebê, que sabia quais brinquedos ele gostava mais, que cantava para e falava por ele, que brincava de cócegas, que contava que tiravam sonecas juntos e todas as novas aquisições do filho, em termos de desenvolvimento. A relação parecia ir bem. *“Ninguém que é mãe acha que está fazendo o pior. Mesmo do jeito torto, acha que está fazendo certo.”*

Também, vimos um **Juliano** ativo. Um bebê que chorava para se comunicar, contar que algo não estava bem, que ficava curioso com a caixa de brinquedos, que olhava com atenção para cada um destes últimos, que os explorava. Conforme ia crescendo e se desenvolvendo, passou a sentar e a balbuciar. Reclamava por atenção, balbuciando alto inúmeras vezes, como se quisesse entrar na conversa. Constantemente, enquanto mamava no seio ou na mamadeira, balbuciava, como se pedisse silêncio. Buscava a mãe, encostando-a a todo o tempo, mesmo quando estava sentado no chão, de costas para ela. Pensei se essa busca e esse balbucio alto não eram tentativas de comunicar que estava bem. Também, de dizer que eles eram seres separados – como se nesta díade, diferente da díade **Janaína** e P. – fosse ele o encarregado de lembrar isso a todo tempo.

Assim, no espaço oferecido como intervenção, podíamos ver a competência do bebê **Juliano** na construção do vínculo com a sua mãe. Essa é uma das riquezas deste trabalho, que, dentre outros objetivos, busca ampliar as comunicações microscópicas, tanto verbais como não-verbais, entre mãe e bebê, clareando as projeções e dando sentido para o que ainda não tem, fortalecendo assim a relação entre eles.

Apesar de nas últimas intervenções **Janaína** estar bastante descrente de que as coisas mudariam em relação ao comportamento de P., e de sua psicóloga achar que ela estava deprimida e precisava tomar remédio, ela estava animada com a possibilidade do

trabalho temporário, de poder sair de casa, ter um tempo só seu, fazer algo que gostava. Achava importante **Juliano** ficar com a sua ajudante, para ele não ficar tão dependente dela, mãe. Viu isso acontecendo com o filho mais velho e não queria que se repetisse. Podia vê-los como diferentes, com habilidades diferentes, mas ainda havia resquícios do medo do TEA retornar à sua família, presente em seu segundo filho. Ter planos a ajudava a fortalecer o seu lado saudável e também ver esse mesmo lado em **Juliano**. **Janaína** estava sonhando com um trabalho fixo no futuro e com poder voltar aos estudos. Como era bom sonhar! Parecia que ela havia sentido que estava viva e era importante viver, mesmo sendo difícil diante de todos os traumas e dificuldades diárias.

No fim, ela nos presenteou com uma fala que parecia representar a introjeção de um espaço de escuta intenso, onde foi possível ser cuidada, escutada e vista, e assim, com os seus recursos, escutar e ver o bebê que tinha à sua frente. Nossa missão parecia ter se cumprido e **Janaína** dava mostras de experienciar um ser mãe totalmente novo. Via o bebê como indivíduo, pois ele também a via assim. *“Eu vim aqui, porque acho que é importante para as gerações futuras, porque eu já tive outro filho.”* – querendo dizer que já estava correndo o risco de ter outro filho com autismo. Ela tinha ouvido que o risco de uma família que já tem um filho com TEA ter outro filho com o mesmo diagnóstico era maior do que famílias que não tinham filho com autismo. Então, só lhe restava contribuir para que a minha pesquisa conseguisse encontrar formas de ajudar famílias como a dela, correrem menos risco em relação ao desenvolvimento psíquico do(s) filho(s) sem TEA – *“É importante para o **Juliano**. Se ele tivesse algo, você me falaria. Quando eu venho aqui, sou eu e o **Juliano**. Me faz olhar para ele como indivíduo, porque ele precisa. Minha ansiedade diminuiu muito do início para cá.”*

Esse acolhimento potente vivido durante a intervenção parece ter fortalecido **Janaína** e ela pôde confiar nela mesma, nas capacidades de **Juliano**, pôde reconhecer o saudável deles dois, da relação, além da sua própria capacidade de superação e suportabilidade.

REGINA E RENAN

Regina, 39 anos, brasileira e casada com E. Pais de dois meninos, Es. com 9 anos na época da intervenção, diagnosticado com TEA, e **Renan**, que tinha 1 ano e 7 dias quando comecei a ver a díade. Ambos os filhos foram planejados. **Regina** e E. estavam

casados há 12 anos. Ela vendia produtos de beleza para salões de cabeleireiro e ele trabalhava com seguros, era autônomo.

O casal morava perto da mãe de **Regina**, que estava no segundo casamento e tinha mais três filhos deste último. Contavam bastante com a ajuda dela nos cuidados com os meninos. No mesmo quintal que a família, moravam os pais e irmãos de E.

Tivemos, eu e a pesquisadora co-terapeuta, 12 encontros com **Regina**, **Renan** e **Es**. no CAPSi onde este último era atendido. Ele ia para a escola no turno da tarde e apesar de poder ficar com a avó na parte da manhã, **Regina** preferiu que ele participasse. O convite era feito para a mãe e o bebê e essa foi uma das poucas que contou com mais integrantes além dessa díade.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

Abrindo mão

*“Eu não sou a **Regina** que eu queria ser. Me sinto presa dentro de mim. Eu não estou conseguindo me levantar. Não sei o que está acontecendo. Me sinto prostrada. Meu esposo é devagar, muito dependente de tudo. Ajuda muito com os filhos, mas não ajuda nada, nada com o serviço de casa. As vezes eu me sinto sozinha, tentando. Eu como muito doce. Tento não ter doce em casa, senão eu como. Eu fico deprimida, eu como. Cuidei tanto do casamento e dos filhos... Eu não desconto nos outros, eu desconto em mim mesma, não dormindo, comendo. No início eu falei: não sou doída. Depois eu comecei a analisar e vi que precisava de ajuda mesmo.” (Regina)*

No início do nosso trabalho, **Regina** apresentou um tanto da sua história familiar, tanto nuclear quanto estendida. Em pouco tempo, foi ficando claro, como se surgisse no meio de uma nuvem de fumaça, a imagem de uma mulher que parecia sufocada, culpada e prestes a explodir. Esse era o desenho de **Regina** na minha mente e, ao mesmo tempo, não era a mãe que eu tinha a minha frente. Esta, sempre bem arrumada, era bastante

carinhosa, gostava de falar, usava palavras doces, parecia uma rocha de tão forte e ria com facilidade. As duas contrastavam e isso não durou muito tempo.

Vamos à primeira parte da história – a da família nuclear. **Regina** contou que os seus dois filhos foram planejados, mas, apesar dela e do marido quererem, ela acabou “*burlando a tabelinha*” – método contraceptivo usado por eles. “*Eu sou muito regulada. Meu marido ficou bravo quando descobriu que eu burlei a tabelinha.*” Não explicou os motivos que a levaram a tal saída. Preferi esperar para ver o que surgiria, ao invés de perguntá-la.

E. sempre apareceu no discurso da esposa como um homem muito amoroso, que “*é uma segunda mãe para os filhos. O pai que prefere chegar atrasado no serviço para fazer café da manhã para os filhos e comprar o pão que o Es. gosta.*” Por outro lado, apareceu também como um homem sem muita iniciativa, que precisa de um empurrão constante. **Regina** era quem o empurrava:

“Meu marido está no caminho dele, que é trabalhar. No começo era o contrário, eu trabalhava. Foi difícil. Eu precisei dizer: Eu vou cuidar do Es. Quando faltar comida em casa, eu vou pegar o Es. e vou morar na casa da minha mãe. Minha sogra e sogro sempre protegeram os filhos. Um erro a gente morar no quintal deles até hoje.” (Regina)

Eles queriam filhos que tivessem nomes bíblicos e que começassem com as letras R. ou E., como os nomes deles, pais. Tanto Es. como **Renan** têm nomes que terminam com a letra N. Es. quer dizer minha coroa, minha recompensa. **Renan** – esse nome é fictício. O nome real significa eis um filho.

Antes de **Regina** engravidar pela segunda vez, ela queria conseguir um bom tratamento para Es., que já havia sido diagnosticado com TEA, emagrecer e tirar habilitação para dirigir. Não foi possível concretizar os seus planos. Ela conta que já estava com 38 anos e não queria ter filho depois dos 40 anos. Também, tinha o dinheiro para tirar a habilitação, mas o marido precisava fazer um tratamento dentário e ela cedeu. “*Estou sempre cedendo. Mas fico feliz, porque cedo para prioridades. Sou eu que escolho assim, tomo a decisão. Não sou influenciada.*”

Aos poucos, o contraste entre a imagem da mulher da minha cabeça, sufocada, culpada e prestes a explodir, com a mulher à minha frente, bem arrumada, com palavras doces e de sorriso fácil, foi ficando inteligível. **Regina** cedia, escolhia fazer assim, como disse. Porém, parecia precisar abafar certos sentimentos, resultantes das suas decisões. Quando aponto isso, ela concorda. Fala que: *“no começo da terapia a gente é armada, depois a gente se solta.”*

Esperei ela se soltar. Pude ver um traço disso, mas uma abertura completa não foi possível até o final do nosso trabalho. Penso que isso tem a ver com a história de **Regina** com os seus pais, que contarei a seguir. Ela teve um pai bastante ausente e uma mãe que precisou deixá-la com a avó, uma mulher muito forte, para trabalhar.

Apesar de **Regina** formular – fiz o encaminhamento, mas nunca soube se ela conseguiu chegar até a profissional que indiquei – um pedido de terapia e dizer que aprendeu com a psicólogas do CAPSi que ela precisava ficar bem para o filho também ficar, ela ainda parecia ser uma mulher, mãe, com muito medo de se assemelhar ao seu pai, ou seja, ser ausente. Assim, ocupava um lugar no extremo oposto. Era uma mãe que até pouco tempo levava tapa do filho mais velho e não conseguia ajudá-lo a fazer diferente; que tinha medo de colocar os filhos na escola e na creche, e eles sofrerem e ao mesmo tempo podia parecer que ela era uma mãe que queria se livrar deles ao fazer isso. Ainda é uma esposa que preferia ter um marido mais amoroso, mas alguém que parecia o seu terceiro filho, precisando sempre de direcionamento. *“Eu não tive um pai carinhoso. Então, eu gosto desse homem que prefere chegar atrasado no trabalho para fazer o nosso café da manhã.”*

Fazendo a minha parte

“É difícil, porque eu já tive um padrão de vida melhor. Vira e mexe meu pai me assedia. Mas meu pai é um avô que demora dois anos para vir ver os netos. Fala que ama, mas não se preocupa com nada. Para mim isso não é família. Eu trato bem, faço a minha parte. Mas eu procuro pôr em prática com meu marido e meus filhos o que eu acho que é família. Eu falo isso, mas tudo isso na prática foi muito difícil. Frustrante e

decepcionante com o meu pai. Se é comigo ok, mas mexe com os filhos, a gente vira uma leoa.” (Regina)

Em muitos dos nossos encontros **Regina** trouxe o seu relacionamento com os seus pais. Chegou a falar que esse era o seu ponto fraco. Ela nasceu em Minas e seus pais nunca foram casados. Sua mãe e sua avó materna a criaram. Mudaram-se para o Rio de Janeiro e de lá para São Paulo, em busca de uma vida melhor. Sua mãe casou novamente e teve mais três filhos. Seu padrasto era como um pai, apesar da relação ter se modificado um pouco quando ele teve os próprios filhos. **Regina** via a sua mãe como alguém forte, pois foi à luta, trabalhou, a criou sozinha. Mas também, como uma mulher de “*coração mole*”. “*Ela deixa os netos e os filhos fazerem o que quiserem com ela. E ninguém pensa nela.*” Ao ouvi-la, a vejo bastante identificada com a mãe.

Seu pai se casou três vezes. Teve mais cinco filhos, fora ela. Eles se conheceram quando **Regina** tinha 16 anos. Segundo ela, quando o conheceu, ficou encantada. Ele era pastor evangélico e tinha muito dinheiro. Chegou a morar e trabalhar com ele em Minas Gerais, quando solteira. Lá permaneceu oito anos e nessa época a sua relação com a sua mãe ficou abalada. Aos poucos, foi discordando do pai e preferiu voltar para São Paulo.

Já casada com E. e com a chegada de Es., a família se mudou para Minas e ela voltou a trabalhar com o pai. Seu marido cuidava do filho. Um dia, seu pai, que queria que ela fosse como ele, a melhor em tudo, perguntou o que ia ser da vida dela com aquele marido e filho especial. Propôs que ela os deixassem voltar para São Paulo e ela continuasse lá, trabalhando para ele.

Regina ficou muito magoada e disse que não aceitava aquilo. Preferiu voltar para São Paulo com o marido e o filho. Contou que passaram muita necessidade, não tendo dinheiro nem para o leite de Es., mas preferiu assim. Sempre quis casar e ter filhos. Entendia que o pai ficou deslumbrado como pastor, com a rádio e a editora que construiu. Preferia ficar longe dele, do que a contrariar os seus princípios.

“Meu pai é psicopata, desprovido de sentimento. Queria me aproximar dele e dos meus irmãos, mas ele só pensa em dinheiro. Todos eles. Meus irmãos trabalham para ele. Ele

podia me ajudar, pagar tratamento para Es., mas quer que eu me livre da minha família. Isso eu não aceito. Eu faço a minha parte. Ligo para ele, desejo feliz natal, feliz aniversário. Toda vez que vou ligar, sofro. Ainda espero que seja diferente.” (Regina)

Regina repetiu essa história inúmeras vezes. Parecia que repetia para elaborar, mas também, para digerir a sua escolha. Ao mesmo tempo que afirmava não aceitar a vida que o pai queria que ela tivesse, parecia viver um conflito. Era dolorido ouvir a proposta dele e a não aceitação de Es. e do seu marido – seu pai achava que E. era um homem dependente e sem atitude. Mas também, parecia ser muito difícil não poder ter um relacionamento mais próximo com ele, pai, e ela mesma poder aceitar a vida que tinha, com aquele marido e filho. Um dia, cometeu um ato falho que penso representar esse conflito.

“Aprendi algo que é duro, que é: a gente não é obrigada a amar o filho da gente. Quer dizer, os outros não são obrigados a gostar do filho, porque quem tem que gostar é o pai e a mãe, né? Os outros não são obrigados, mas a gente tem o filho, a gente ama o filho. Ninguém é obrigada a aceitar o filho da gente, então... Mas isso dói. A gente prefere que falem para a gente: você não entra na minha casa, do que para o filho.” (Regina)

Perguntei-me se o abrir mão e fazer a própria parte, características que tanto **Regina** apontava em si, impactavam no seu relacionamento com **Renan**. Acredito que sim, como veremos a seguir. Em vários momentos parecia que ela não podia se ver triste ou com raiva, diante das dificuldades como mãe, tanto com o filho que chamava de “especial”, quando com o que chamava de normal.

Regina se arrumava, ria, tentava deixar tudo mais leve, mas sua angústia, culpa e sensação de que não aguentava mais teimavam em aparecer. Ela dizia: *“Eu transformo o tapa em carinho – quando Es. batia nela ou em **Renan**, ela o pegava e falava, carinho. Faço a minha parte.”* Elas apareciam na sua relação com os seus pais, com os seus filhos e com o seu marido. Parecia que havia um vazio.

Dizia que não queria brigar por bobagem, mas dava a impressão que levava o mundo nas costas e tinha que ficar resignada com o próprio sofrimento, do contrário, a culpa a consumia, o que parecia ser bem pior. Cuidava do marido e da mãe, e lutava para não cair no assédio do pai. Entendo que por isso ela se dedicava tanto ao outro e sentia um vazio quando o foco era ela mesma. Devia dar muito medo encarar os desejos que pareciam habitá-la, lado a lado com aquele de ser uma mãe e esposa que ela pensava serem as ideais.

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

Sombra (disfarçada) do autismo

*“Quis participar da intervenção para comprovar que o **Renan** era normal e para conversar. Essas conversas para mim fazem bem. Veio até a mim, o que custa participar. Eu tenho a minha fé em Deus. Mas quando Deus dá as coisas, é tudo comprovado. Eu tinha a minha convicção de que ele era normal, mas, é bom ouvir de uma profissional. Para o homem é mais difícil aceitar.” (Regina)*

Renan era um bebê curioso, que se interessava pelos brinquedos que estavam dentro da caixa que levávamos. A girafa era o seu preferido. Pegava muitos deles e os explorava, dando uma função para cada um. Balbuciava bastante, falava poucas palavras e imitava os sons dos animais. Andava bem, tinha boa coordenação motora, mostrava o que lhe interessava, pedia ajuda e chorava quando contrariado. Ficava feliz quando conseguia realizar algo. Interessava-se pelo que o irmão, que sempre estava no atendimento, pegava e, às vezes, eles disputavam. O contrário também acontecia. **Renan** estava na fase de fechar e abrir as coisas. Entrava dentro da caixa e lá ficava por muito tempo. Na metade do nosso processo, começou a frequentar a creche. Era comilão, segundo as professoras, e recebeu delas o apelido de docinho. Ele percebia quando a mãe se afastava e demonstrava isso. Um dia, ela foi ao banheiro e o deixou conosco. Ele

percebeu, choramingou e parou rapidamente. Quando ela retornou, ele a reconheceu e se voltou para ela. Mãe e filho pouco brincaram juntos.

Aos olhos de **Regina**, **Renan** era muito esperto. *“Já perguntei para a minha mãe se **Renan** é normal, porque ele é muito esperto. Como eu tive Es. primeiro, não sabia comparar.”* Ela sempre chegava nos contando alguma aquisição, descoberta, feito do filho. Dizia que ele ensinava o mais velho a fazer travessuras, era bom de boca, – comia sozinho há bastante tempo – estava fazendo gracinha e pirraça quando o pai chegava em casa a noite.

As intervenções eram bem barulhentas com **Renan** e Es. juntos. Muitas vezes, este último puxava o cabelo do primeiro. Percebia que **Regina** ficava angustiada e envergonhada com isso, apesar de dizer que ele queria, com tal ato, pedir algo ou chamar para brincar. Não era algo visível para nós. Parecia que ele fazia isso como uma descarga. **Regina** corria e fazia Es. fazer carinho na cabeça de **Renan** quando isso acontecia. Sempre dizia que ele não estava mais fazendo isso e que não fazia tal coisa com criança que não conhecia. Eu, muitas vezes, não conseguia pensar com tanto barulho. Ficava imaginando como **Regina** se sentia.

Parecia ser uma preocupação para ela o relacionamento dos filhos. Ela contava em todos os nossos encontros o quanto **Renan** gostava de Es. e tinha ciúme dele. Parecia temer o contrário. *“É um grude com esse irmão. Agarra e deita no colo dele. O Es. agora está carinhosos com ele também, beija, passa a mão no cabelo. Tem hora que ainda dá uma puxada.”* Também, parecia se preocupar em relação a como **Renan** via Es. e se o desenvolvimento do irmão o afetaria. *“O Es. grita quando está muito feliz e **Renan** o imita. Ele fica girando e acho que ele está imitando o irmão. Ele quer brincar quando vê o Es.”* – fala em tom preocupado. Por último, tinha esperança que **Renan** cuidasse de Es. Comentava que quando ela e o marido faltassem, iriam colocar o Es. em uma clínica. Ela esperava que **Renan** não deixasse. *“O fato de ter o **Renan**, uma criança esperta, super inteligente, dentro dos padrões normais, me dá tanta força de expectativa de vida, de futuro, para cuidar do Es. também.”*

Apesar de tudo caminhar bem e de **Regina** dizer que não tinha nenhuma preocupação e angústia em relação ao desenvolvimento do filho mais novo, uma vez que tinha feito estudo genético e resultou em baixíssima chance de ele se enquadrar no TEA, parecia que ela precisava mostrar e reforçar todas as conquistas de **Renan**. Ela disse que

sempre foi ligada no desenvolvimento dele. Que acompanhava tudo usando o livro que o Ministério da Saúde dava para o acompanhamento do primeiro ano de vida junto ao pediatra. Via que ele conseguia fazer coisas que Es. nunca fez ou que fazia num tempo diferente, estando sempre adiantado em relação ao irmão.

*“Fiquei atenta o tempo todo ao desenvolvimento do **Renan**. Ele falou com 5 meses e com 6 meses já se arrastava. Foi tudo dentro do tempo. O Ministério da Saúde dá uma cartilha para a gente, explicando o tempo certo do desenvolvimento da criança. Ele foi sempre no tempo normal ou adiantado. Falou papai, mamãe e água com 5 meses.” (Regina)*

Parecia que **Regina** queria que confirmássemos que **Renan** estava bem e não seria diagnosticado com TEA. Um dia, consegui verbalizar isso. Em seguida, voltava a dizer que já tinha feito todas as investigações e que não obteve nenhum resultado negativo. Vivia um movimento ambíguo entre acreditar no que falava e se apegar à sua fé, e perguntar, na maioria das vezes, de maneira disfarçada, se não seria surpreendida como foi com Es., que falou mamãe com 7 meses, mas foi diagnosticado com TEA posteriormente.

Contou que um sobrinho, que era gêmeo, havia recebido o diagnóstico de TEA. Ele teve problemas no parto. Também, que o irmão mais novo, do segundo casamento da mãe, foi diagnosticado com esquizofrenia aos 21 anos, depois de um surto, e que o irmão mais velho, do primeiro casamento do pai, sofreu um acidente e “vegetava” em cima de uma cama. Parecia que a mesma genética que lhe confortava, afirmando que nada aconteceria com **Renan**, lhe ameaçava, com esse histórico familiar. Mas, o fato deste último já ter passado de 1 ano de idade, momento que muitos pais e profissionais enxergam com mais clareza que algo não vai bem com o desenvolvimento do bebê, lhe deixava menos angustiada.

A mesma **Regina** sufocada e culpada que apareceu na relação com o marido e com os pais, a que abria mão e fazia a sua parte, parecia ficar bem marcada na relação com os filhos. Acreditava que era muito dolorido, pesado para ela ver Es. puxando o cabelo e batendo em **Renan**, bem como nela própria, mas ela precisava ver nisso um ato de carinho, precisava enxergar e acreditar que eles se davam e continuariam se dando bem, caso contrário desabaria.

Por outro lado, ela pôde falar mais dessa dor no momento que trouxe a questão do preconceito do seu pai e da sociedade em relação a Es.

*“O pessoal diz que ele não entende e eu fico triste. Não ia me sentir bem de fazer para **Renan** – festa de aniversário – e não fazer para Es. Tem discriminação. Pessoas que não vão mais na casa da gente, que não convidam mais. Elas têm medo dele fazer xixi no sofá. Ele não faz mais. O Es. é um rapazinho. Ele fica sentado, comendo os docinhos dele. Eu não deixo de ir e participar das poucas coisas.” (Regina)*

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Revelação ambivalente

*“A chance da minha vida é trabalhar. Eu me sinto bem. Posso contribuir com o orçamento da casa. Eu fiquei mais emotiva com o batidão do cuidado com os filhos. Mas agora é a minha vez. Es. está encaminhado, o meu marido trabalhando e **Renan** vai para a creche. Eu queria que isso acontecesse agora, mas eu não sei como fazer.” (Regina)*

Aos poucos, a **Regina** que também se irritava, que dava bronca e que queria ter um tempo para si pôde aparecer. Ela, de forma bastante bonita, ainda que sofrida, conseguia falar do seu plano para o futuro, aliás, que nem era futuro, era presente – queria trabalhar já – mas não conseguia. Perguntava-se o que estava errado.

Contou que muitas vezes era cansativo ficar explicando para os outros que Es. não estava puxando o cabelo das crianças de propósito. Às vezes, ela dava bronca e também puxava o cabelo dele – apesar de ainda justificar esse lado. Parecia se sentir tão culpada, que era preciso explicar as suas ações. Também, parecia não aceitar alguns dos seus sentimentos. Justificava que o que doía não era o fato de Es. ter diagnóstico de TEA, pois isso quase não mudava o seu papel de mãe. *“O Es. quer atenção todo tempo, a não ser*

que esteja assistindo TV. Isso é estressante, desgasta. As vezes eu fico brava, deixo ele trancado na sala, ele chora. Mas se ele não fosse autista, teriam outros problemas. Filho é desgaste e é problema.”

Nesse movimento de falar mais abertamente sobre os seus sentimentos, sem parecer temer ser julgada ali no nosso espaço, **Regina** contou do seu sentimento em ter um filho “*especial*” e um filho “*normal*”:

*“Com dois filhos, embora seja trabalho dobrado, para o pai e para mim, a gente tem mais paciência. O **Renan**, por ser 100% normal, traz recompensa, realização e deixa a gente mais paciente. Fui recompensada com esse, pelo trabalho que tenho com aquele. Tem uma frustração se só tem um filho especial. A gente se sente culpada. Será que todos os filhos vão ser especiais? Você se sente realizada, tá tudo bem com você se você gera um filho normal. O meu sogro, que é de idade, fala: Não tem ninguém doente na família, por que esse menino nasceu assim? Eu brinco com ele e falo: Vai ver a culpa é minha.”*

(Regina)

Regina tocou numa questão importante que era a culpa que, provavelmente, todos os pais sentem quando se tornam pais, sobretudo aqueles que têm um filho com algum diagnóstico. Culpa pelo filho ser como é ou estar como está. Aqui, ela fala como se o gene ruim fosse dela. Também, fala, ainda que nas entrelinhas, de como isso é dolorido, ao apontar que a realização só vem quando nasce um bebê com desenvolvimento típico. Ela ainda traz outra questão importante, que é a ambiguidade de viver o prazer com o filho que responde às suas investidas e a culpa que vem por não sentir o mesmo com o filho com TEA.

*“Eu fico muito triste quando ele me agride – Es. Eu sei que ele não entende, mas eu fico. Tem hora que eu pego ele com força, porque não vou dar chinelada na frente dos outros. Tem situações que a gente tem que mostrar para o Es. quem manda. Dava uma chinelada nele e chorava. Quando dá para eu distrair ele, eu distraio. Mas isso me dói, me frustra. Dói porque é meu filho. Não posso infantilizar o Es. e não posso deixar o **Renan***

*dependente de mim, pois eu preciso de tempo para cuidar do outro. Dá vontade de pegar, brincar com o **Renan**, mas eu não posso, pois tenho que cuidar do outro.” (Regina)*

Pensava como era difícil mesmo educar dois filhos tão diferentes. Também diferentes devido a condição psíquica de cada um. Provavelmente, **Regina** se limitava a ter algumas experiências com **Renan**, para não se sentir culpada de não poder tê-las com Es. Por conta da culpa, era muito difícil, como dito antes, ajudar Es. a ter diferentes ações. Parecia que ela se transformava em um general – disse que a sua mãe a chamava assim – e **Renan** acabava sendo incentivado a precisar contar com ele mesmo – questionava-me se cedo demais. *“Eu não dou moleza para ele não. Se ele cai eu já falo: Levanta que só foi um susto. Bola para frente, rapaz.”*

Ao se permitir mostrar, ainda por meio de um movimento ambivalente, que não era general por educar, que não era uma mãe má por se estressar, por sentir que era muito difícil ter um filho com TEA, **Regina** falou de como para o seu marido era mais difícil aceitar a condição de Es. Segundo ela, E. tinha expectativas de que Es. fosse sair do quadro de TEA. *“Meu marido é mais difícil. Ele tem aquela esperança do filho falar. Quando eu fico estressada, eu falo para o meu marido: E., deixa eu te contar uma coisa que você não sabe... seu filho é autista.” (Regina)*

Perguntei-me se ela também não tinha. Acredito que talvez não, mas, entendo que ela falava da dor de ser mãe de uma criança especial, para depois negar. Quase que no mesmo movimento que o marido, tentando apaziguar seus sentimentos e transformando o diferente em igual, quando dizia que mãe sempre vai ter trabalho. Não que não fosse verdade, porém, a sensação que dava é que ela tinha que se sentir resignada com a própria dor, algo como, não tem diferença ser mãe de uma criança com TEA e de uma com desenvolvimento típico.

E assim, seguimos até o final das intervenções. Foi possível **Regina** se abrir, falar da sua dor, da sua ambivalência, da discriminação dentro e fora da própria família, da dor do seu marido, do medo de **Renan** vir a ter TEA ou acabar sendo impactado pela condição do irmão. No entanto, a culpa a perseguia. Ela tinha que ser responsabilizada. Penso que por isso, precisava fazer a parte dela e abrir mão de tudo. Como ela topou participar da

nossa pesquisa e formulou um pedido de psicoterapia, tinha esperança que ela pudesse viver de forma mais leve a sua dor e a sua culpa.

“A gente se faz de forte para enfrentar a vida. Eu desabo, choro, fico para baixo, arrasada... quando ele faz cocô na calça – Es. Ele sabe ir no banheiro. Não sabe se limpar. Antes eu dava bronca. Aprendi que quando ele faz na roupa, tem que incentivar a ir no banheiro e não brigar. Ele pega, sente o cheiro, mas não leva à boca. Faz isso quando quer ver TV. Tem horas que a culpa é minha.” (Regina)

PILLIE E SARAH

Pillie, 38 anos, boliviana, casada com R., também boliviano, e mãe de quatro crianças: N. 8 anos, A. 6 anos, J. 4 anos e **Sarah**, 6 meses quando iniciamos a intervenção. N. havia sido diagnosticado com TEA há alguns anos. A família morava em Guarulhos. **Pillie** finalizou o ensino médio, trabalhava em casa, cuidando dos filhos e costurando. R. fez curso técnico em engenharia, na Bolívia, e trabalhava consertando máquinas.

O casal se conheceu em São Paulo e logo foi morar junto. Não demorou muito para **Pillie** engravidar do primeiro filho. O segundo veio como o primeiro, sem planejamento, apesar deles não usarem nenhum método contraceptivo. Posteriormente, ela passou a tomar pílula, mas parou por achar que estava engordando muito. Foi assim que engravidou do terceiro filho. **Pillie** sempre quis uma menina, mas já havia desistido. Não queria mais engravidar quando descobriu que estava esperando **Sarah**. No início, ficou bastante assustada, mas depois, ficou feliz por ter a menina que sempre sonhou.

Tanto a família de **Pillie** quanto de R. moravam na Bolívia. No Brasil, eles contavam apenas com a sua irmã. No início da intervenção elas não mantinham muito contato, apesar de morarem perto. Já ao final da intervenção, o contato era mais frequente e elas passaram a ser vizinhas.

Essa intervenção foi a única que se deu na casa da família. **Pillie** não tinha com quem deixar os filhos e era difícil levar todos para o serviço onde N. era atendido – lembrando que as intervenções ocorriam no CAPSi onde o filho com TEA era paciente.

Apesar de conseguirmos realizar os 12 encontros, tivemos uma pausa de quase seis meses entre a 8ª e a 9ª intervenção. Isso aconteceu por conta da mudança de casa da família.

Outro fato interessante é que **Pillie** participou de duas intervenções diferentes. Primeiramente, **Pillie** e seu filho J. participaram da intervenção, realizada no CAPSi, com a pesquisadora de pós-doutorado – da qual esta pesquisa de doutorado utilizou parte das intervenções para explorar os seus objetivos – e a pesquisadora co-terapeuta, que realizou as filmagens. A segunda intervenção foi com a sua filha **Sarah** e contou comigo como terapeuta.

Dos 12 encontros, apenas seis contaram com a presença de duas pesquisadoras, sendo uma co-terapeuta. Isso se deu, primeiramente, por conta da incompatibilidade de horários entre nós, pesquisadoras, e, posteriormente, devido a grande pausa que tivemos, quando o prazo para finalizar a pesquisa maior, de pós-doutorado, se esgotou.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

A sina das mulheres

“Eu estou na batalha para dar um futuro melhor para os meus filhos. Faço como a minha mãe, que queria ficar em casa com a gente, mas tinha que sair e trabalhar. Eu admiro ela, porque o meu pai foi embora e ela criou a gente sozinha. Hoje, tenho os meus filhos e vejo que não é fácil.” (Pillie)

Pillie contou que morava com seus pais e seis irmãos na cidade de La Paz. Quando estava com 10 anos, seu pai saiu de casa e só retornou quando ela completou 28 anos. No início, sua mãe o perdoou e ele voltou a morar com a família, mas não mais como marido e mulher. Atualmente, sua mãe mora em La Paz e seu pai em Cochabamba. Como dito antes, a sua irmã mora em Guarulhos e os seus irmãos na Bolívia, espalhados em diversas cidades. Ela não tinha contato frequente com eles e voltou a ficar bastante próxima da irmã, apesar dessa relação não ter sido sempre assim.

Pillie decidiu vir para o Brasil em busca de melhores condições econômicas. Admirava a sua mãe, por esta sempre ter trabalhado e dado conta dos sete filhos sozinha. A sua irmã já tinha saído da Bolívia para morar na Argentina. Quando a economia nesse país ficou ruim, ela decidiu vir para o Brasil. Foi assim que **Pillie** também veio. No início, elas trabalhavam em confecção, como costureiras. A sua irmã era casada e tinha filhos adultos. Em pouco tempo ela e o marido se tornaram donos de uma confecção. Nessa época, **Pillie** passou a trabalhar como ajudante de cozinha, apesar de dizer que não gostava de cozinhar. Foi nesse momento de vida que ela encontrou R.

Ele também havia feito a travessia para o Brasil sonhando com estabilidade financeira e melhores condições de vida. Sua família estava na Bolívia. Seus pais eram separados e ele foi criado pelo pai e pela madrasta. Conseguiu fazer curso técnico em engenharia, que na Bolívia era considerado uma graduação. No Brasil, sempre trabalhou consertando máquinas e eletrônicos.

Logo que se conheceram, **Pillie** e R. decidiram morar juntos. A primeira moradia do casal foi em São Paulo. Posteriormente, mudaram para Guarulhos, cidade em que já residia a irmã de **Pillie**. Apesar de morarem próximas, uma briga entre o seu cunhado e R. afastou as duas famílias. O motivo não ficou claro, mas envolvia um jogo de forças entre quem tinha mais poder por ter mais bens.

Não demorou muito para que o primeiro filho de **Pillie** e R. chegasse. O casal ficou feliz, apesar de não ter planejado a gravidez. Os dois trabalhavam, mas só **Pillie** trabalhava em casa. Assim, disse não ter encontrado muita dificuldade para cuidar dos afazeres domésticos e do bebê. Durante a intervenção ela não entrou em detalhes do hospital, parto e rede de apoio, e, principalmente, se sentiu diferenças culturais entre os dois países no que se referia a maternidade, pré e pós parto.

Nos nossos primeiros encontros **Pillie** repetiu algumas vezes o quanto tinha saudade e admirava a sua mãe, como dito anteriormente. Ao ouvi-la, ficava pensando como teria sido para ela ser mãe em terras estrangeiras, longe dessa mulher de quem ela tanto falava e que eu imaginava como alguém forte, batalhadora e que poderia lhe ser de grande ajuda naquele momento de vida, com a chegada do bebê.

Era interessante estar com **Pillie** ao vivo. Eu já tinha escutado um pouco a sua história nas discussões do nosso grupo de pesquisa e já tinha acompanhado os resultados

da avaliação pela qual passou com o seu filho J., antes de realizarem a primeira intervenção. Na época que ela engravidou de **Sarah**, a família toda – ela, o marido e os filhos – se mobilizou para escolher um nome para a pequena, que chegaria em breve. Soube que R. escolheu o nome de uma cantora boliviana, que havia gravado uma música que fez bastante sucesso e contava a história de uma menina que tinha sido abandonada pelo pai.

Mais tarde, durante a nossa intervenção, **Pillie** me contou que após estar casada com R. e já terem um filho, descobriu que ele ainda não havia se divorciado e tinha uma filha. Quando se conheceram, soube que ele já tinha sido casado. Ela se sentiu traída e cogitou separar, mas R. explicou que não conseguiu se divorciar antes, por estar no Brasil e ter dificuldades em organizar a papelada para tal processo. Prometeu fazê-lo o quanto antes.

Pillie decidiu seguir como estavam, mas ainda parecia se sentir magoada com essa parte da história dos dois. Um dia, me disse que essa deveria ser a “*sina das mulheres*”. A sua mãe foi abandonada pelo seu pai, que acabou retornando 18 anos depois e ela acabou casando com um homem do qual ela não conhecia a história por inteiro. Ao ouvi-la, me perguntei qual seria a sina de **Sarah**, nascida nesta família, com mulheres com estas histórias. Naquele dia, me lembrei da história do seu nome, da qual soube antes mesmo de lhe conhecer e saber que ela não seria a primeira, mas sim, a segunda menininha de R.

“Não é certo ficar com um homem casado. Me coloco no lugar da primeira mulher de R. Parece que eu que fiz algo errado, roubei ele dela. Ele me fez passar por isso.” (**Pillie**)

Lembro-me de **Pillie** contar que o marido era católico e ela era evangélica, pois não acreditava na Virgem Maria. Pensei se a sina desta última seria muito difícil de ser ouvida e digerida, sendo mais fácil não considerar a sua existência. Não quero aqui julgar a sua crença e fé. Apenas, pensei ser uma coincidência interessante ela falar da sina das mulheres e não considerar uma mulher importante, religiosamente, para muitos povos. Mulher tal que teve a sina de ser escolhida para ser mãe, antes mesmo de desejar ser, e

que viu o seu filho morrer violentamente. Aliás, essa era uma outra peça importante da história de **Pillie**, a violência.

Algumas vezes, ela me contou que a sua mãe saía para trabalhar e ela ficava com os irmãos, que ao invés de protegê-la, acabavam agredindo-a. Emendava com a história de R., que quando criança apanhou bastante do pai e da madrasta. Também, assimilava com a história de seus filhos, ao falar que pediu inúmeras vezes para R. se acalmar e não bater nas crianças, pois assim, repetia a sua própria história.

Eu, mais uma vez, pensava em como era ser mulher e mãe, aqui e na Bolívia, dentro e fora dessa família. Como era para **Pillie** conversar comigo, outra mulher, com uma cultura diferente. Sentia-se acolhida? Sentia-se ouvida? Sentia-se encorajada a dividir a sua vida? Era interessante que quando eu chegava em sua casa, ela não demonstrava muito entusiasmo. Falava baixo, com uma voz desanimada e não usava muitas palavras, porém, se entusiasmava e falava sem parar em um piscar de olhos. Enquanto isso, **Sarah** dormia. Seria coincidência o horário da intervenção com o da sua soneca matinal? Estaria ela liberando a mamãe para falar o que quisesse? Um dia **Pillie** acabou respondendo o que eu me perguntava em silêncio. Disse: *“Ajuda ter alguém que escuta a gente.”*

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

Medo, ciúmes e dificuldade em separar: Que choro é esse?

*“As crianças querem ficar comigo todo o tempo. Não sei como vai ser com **Sarah** quando for hora dela ir para a escola. Ela chora se eu não estou. Eu fico triste por ela.”* (**Pillie**)

Ao longo das intervenções com **Pillie** e **Sarah**, escutei muitas vezes como a primeira, a mãe, relatava o seu próprio medo diante da vida e como via esse mesmo sentimento nos seus filhos, que também era traduzido como um medo de se separar, passando pelo ciúme.

Um dia **Pillie** me contou que ela havia sido uma ativista política em seu país e que há tempos não protestava mais. Ela migrou e se viu como uma estranha. Passou a ter medo de ser vista como diferente e encontrou a via do calar-se para sumir. Chamou-me a atenção o quanto ela não estava familiarizada com a cidade, com os serviços de saúde e cidadania disponíveis em sua região, o quanto falava pouco e entendia com certa dificuldade o português e o quanto estava pouco à vontade para ser a porta-voz dos seus desejos, mesmo depois de sete anos vivendo em solo brasileiro.

Não tenho certeza se foi escolha sua ou de R. participar da pesquisa de pós-doutorado. Naquele momento, foi ele que se comunicou com o nosso grupo. Compareceu para o primeiro dia de avaliação. Contou da sua dificuldade financeira e do quanto se sentia deprimido por não prover o melhor para a sua família. Também, pediu ajuda para **Pillie**, pois a via recuada. Com o seu empurrão – era ele que marcava os dias e horários da primeira intervenção com a nossa equipe (como já tinha visto esse filme se repetir nas intervenções com outras mães bolivianas, perguntava-me se, nesse caso, também era algo cultural ou apenas da ordem da ajuda mesmo. Pareceu-me mais um empurrão, devido aos desdobramentos seguintes) – **Pillie** conseguiu se aproximar de nós e se engajar no processo da pesquisa.

Posteriormente, já na intervenção comigo, ela parecia mais confortável e dona de si. Aos poucos, se abria e falava de sua vida. Reclamava. Assumiu o lugar de quem marcava as intervenções de acordo com os dias e horários que lhe eram convenientes.

Começou me dando elementos para pensar como era ser mulher, mãe, sem rede de apoio em um país que não era o seu. O medo era um sentimento quase óbvio de ser vivido nessa situação. Medo do desconhecido, medo de como seria recebida, medo de ser vista e existir, mas, ali comigo, parecia se sentir protegida.

Pillie contava o quanto sentia que os bolivianos que residiam em São Paulo não eram unidos, não se conheciam, não contavam uns com os outros, não eram um grupo de fato. *“A vida é só de trabalho. Não têm tempo para sair, para se visitarem. Têm as feiras típicas aos domingos e só.”* A sua vida também era assim. Passava os dias em casa, cuidando dos afazeres domésticos, das crianças e fazia alguma costura. Na entrada de onde moravam ficavam expostas algumas roupas que ela produzia para venda. Ali, parecia viver isolada do mundo que a cercava. Só saía para levar os filhos à escola e, às

vezes, nos serviços de saúde – a maior parte das vezes era R. que levava. Ele passava o dia fora, trabalhando. *“As crianças ficam com saudade dele, sentem falta!”*

Esse seu mundo era bem particular. A porta da casa era de vidro. O primeiro cômodo era onde as roupas ficavam expostas. Atravessávamos outro cômodo, vazio, até chegarmos numa escada, que levava para a parte de cima da casa, onde morava o proprietário do imóvel. Essa parte era a que dava para a rua. Se optássemos por não subir as escadas, chegávamos no quintal da casa. Lá havia outra escada, que levava para a segunda parte de cima. Esta só tinha vista para o próprio quintal e era onde a família residia. Era dividida entre sala conjugada com cozinha, um banheiro e um quarto, onde todos dormiam. Havia uma cama de casal, um beliche para os meninos e um berço para **Sarah**. Também, tinha uma televisão, que sempre estava ligada. O ambiente era escuro, com um amontoado de coisas entulhadas por toda parte e tinha um cheiro forte de urina de gato. A sensação que eu tinha era de estar, realmente, apartada do mundo ali, naquele lugar que ora parecia calmo e ora um labirinto triste, frio, mal cheiroso e sufocante, onde o tempo parecia não passar. Perguntava-me o que **Pillie** sentia.

Ela me disse que no início costumavam organizar almoços com o proprietário da casa e sua família, mas isso se perdeu. Conheciam os vizinhos da frente e só. Passavam os dias ali e quando não saíam para a escola, médicos ou o R. para o trabalho, iam ao culto. Na verdade, só ela ia, já que R. tinha outra religião. Por mais que a vida parecesse vazia, ela dizia estar melhor aqui. *“Aqui não está tão bom agora, mas está melhor que na Bolívia. Lá, uma Coca-Cola custa R\$6,00.”*

Foi falando desse isolamento que o medo ganhou forma. No início este apareceu como uma hipótese minha diante dessa vida isolada, até que um dia a própria **Pillie** falou: *“Eu tenho medo de sair. As pessoas sabem que não sou daqui e me olham diferente.”* Questionei-me como era esse olhar. Devia ser assustador ou intimidador para gerar medo. E por que nós, brasileiros, deveríamos ficar assustados e/ou intimidados com os bolivianos, a ponto de fazê-los passar pela mesma experiência? Do que **Pillie** tinha medo? O que imaginava que poderia acontecer com ela ou sua família? Perguntas que ficaram sem resposta. Será que ao falar disso comigo ela se sentia mais à vontade?

A sua rede de apoio era quase inexistente. Parecia não contar muito com a única pessoa da família que estava no Brasil, sua irmã, nem com os seus conterrâneos e tão pouco com os brasileiros. Sabiamente, criou uma rede de apoio com as mulheres que

educavam os seus filhos, as professoras. Apesar de ter sido orientada pela escola a falar português com as crianças, – pois foi entendido que eles não estavam desenvolvendo a linguagem por ela falar espanhol com eles. De fato, era difícil entender o que eles falavam. Muitas vezes, não parecia nem espanhol e nem português – e ter assim retirado o direito de lhes transmitir algo muito particular e precioso sobre si e suas raízes, **Pillie** encontrou um lugar confortável, de união junto à essas mulheres. Todos os seus filhos tiveram as professoras como madrinhas de batismo. Ela me explicou que na Bolívia as crianças só eram batizadas quando completavam 1 ano de vida. Nesse momento, cortavam o cabelo pela 1ª vez.

Parecia que o laço que **Pillie** vivia com essas mulheres, professoras, era de amizade. Não sei dizer se era recíproco, mas sei que além de madrinhas, elas eram pessoas para as quais **Pillie** mandava mensagens de texto pelo celular, compartilhava fotos e convidou para ficarem mais próximas de sua família, ao elegerem-nas como alguém que sempre deveria zelar pelos seus filhos.

Desde o início do nosso trabalho, disse à ela que poderíamos conversar no seu idioma. Era por meio dele que ela poderia melhor se expressar e me contar quem era. De minha parte, me esforçava para aprender a sua língua. Fazia perguntas sobre significados de palavras ou como se dizia tal coisa em espanhol. Sentia que ela ficava feliz quando isso acontecia. Era como se a língua não fosse barreira entre nós, mas ponte. Falávamos um “portunhol”... eu cedia um pouquinho e ela também, e, assim, criávamos o nosso próprio idioma, o nosso próprio território, país para ela aparecer e ser vista.

Chamou-me atenção uma discrepância entre a **Pillie** da avaliação e a da intervenção comigo. Na pesquisa de pós-doutorado, antes de participarem da intervenção, as mães e os bebês eram avaliados quanto: depressão, estresse e apoio social da mãe, desenvolvimento do bebê e interação entre eles. Alguns instrumentos foram usados para se ter acesso ao que se queria pesquisar. Sobre a Escala de Apoio Social, **Pillie** respondeu as perguntas dizendo que se sentia apoiada pelo seu entorno, como se fizesse parte de uma rede. Também, não teve um resultado significativo para depressão e estresse. Ali comigo, falava do seu isolamento e tristeza.

Acredito que isso seja uma limitação do próprio instrumento, mas, também penso que se deva ao vínculo imaturo entre a pessoa que pergunta e a que responde. Momento no qual as defesas podem estar mais armadas e podemos sentir mais vergonha, medo do

juízo do outro, etc. Sendo assim, fico pensando o quanto a intervenção, inclusive essa “autorização” para que **Pillie** se expressasse como quisesse, possibilitou que ela se revelasse.

Não que ela começasse a falar espontaneamente, porém, quando perguntava, respondia com detalhes e evoluía com o assunto. Era mais fácil falar do aqui e agora, ou seja, do que estava vivendo atualmente e não tanto das suas lembranças. Então, falava sobre a dificuldade de encontrar uma rede de apoio, de encontrar equipamentos de saúde onde pudesse levar o filho N. para fazer todas as terapias que precisava, da falta de recursos financeiros, da falta de lazer. Sentia como se comigo **Pillie** pudesse voltar a ser ativista e protestar.

“Está tudo muito difícil. Não acho que N. está melhor e não sei de outros lugares para levá-lo. Soube de um lugar, mas não tem vaga. Todo dia é uma batalha. Às vezes eu sinto falta da Bolívia, mas o R. fala que lá não está como eu imagino. Tenho que continuar a luta.” (Pillie)

Quando eu perguntava como era na Bolívia, onde ela morava, o que comia, se havia estudado, como era a sua família, do que sentia saudades, se a sua família conhecia as crianças, se tinha contato com os pais e irmãos, quais os cheiros e sabores ficaram na sua memória, **Pillie** se abria. Por muitas vezes, ressaltou que sentia saudade da mãe e que quando pequena, chorava quando não estava com ela. Perguntava-me se ela também chorava, pelo mesmo motivo, agora, que estava longe e era mãe.

“Minha mãe saía e eu ficava em casa com os meus irmãos. Era rural, não tinha nada perto. Eu ficava no quintal, brincando de boneca, sozinha. Eles me batiam e eu queria a minha mãe. Mas eu sei que ela tinha que trabalhar. Meu pai fez errado, foi embora. Não sei como ela aguentou. Eu tenho saudade dela, da comida dela. Sinto o cheiro. Eu não tenho saudade dos meus irmãos. Os homens são muito violentos.” (Pillie)

Pillie contava como os filhos eram apegados à ela. Dizia que eles choravam quando ela se afastava e não queriam ficar muito com o pai, apesar disso estar melhorando. Parecia haver uma satisfação sua nisso, como se o choro deles por ela mostrasse um vínculo saudável, um apego, resultado de algo importante que ela fazia. Acreditava que R. estava batendo menos neles, o que ajudava na aproximação pai-filhos. Também, falava do ciúme que as crianças sentiam umas das outras em relação à ela. Todas queriam ficar com ela e reclamavam quando ela dividia a sua atenção entre eles. Apesar disso, via que A. era mais compreensivo em relação a N. Embora eles nunca tenham explicado para os meninos que N. era uma criança com TEA, sentiam que A. percebia que ele precisava mais de ajuda e até os ajudavam a cuidar do irmão.

*“A gente nunca explicou para as crianças o que N. tem. Eu percebo que A. tem cuidado com ele. Ele sabe que o irmão precisa mais de mim e não reclama. Mas ele também fala que eu dou mais atenção para J. J. chora quando eu não estou. Não sei porque ele é assim. Falo que ele tem que ser diferente. Agora ele está melhor com o pai, porque o pai não está batendo tanto nele. Falei que ele estava fazendo igual o pai dele e ele melhorou. A **Sarah** também chora. Ela vai sofrer na escola. Será? Eu não quero que ela sofra. Mas ela tem que aprender.” (Pillie)*

Ouvia com muita semelhança a relação que **Pillie** nos contava entre ela e sua mãe, e irmãos, e a relação que ela relatava entre os seus filhos e deles com ela. O quanto dessas relações era da ordem do transgeracional e da projeção? Não aparecia muito, quando estava na presença deles, os irmãos brigando pela atenção dela. No início N. não participou dos nossos encontros e A. e J. brincavam e brigavam quando discordavam. Os conflitos se resumiam a isso.

O que era recorrente era o choro de **Sarah** e J., quando este era menor. Bastava **Pillie** se afastar e eles choravam. Que choro(s) era(m) aquele(s)? Era um choro que apareceu quando eles tinham por volta de 6 meses e durou até mais de 1 ano de idade. Pensei no choro frente ao estranho, no caso eu, mas também me perguntava se esse estranho se ampliava e virava o estrangeiro, o país que não era a terra natal dos pais. Mesmo sendo um marco do desenvolvimento esse choro de estranhamento, questionava-

me sobre as diferenças culturais e o quanto elas estavam presentes no caso de **Sarah** e seu irmão J. Como dito, também questionava o que era passado de mãe para filhos.

Assim como J. quando pequeno, **Sarah** era baixinha, magrinha, pele morena, com bastante cabelo liso e escuro, e olhos arregalados, era uma menina que parecia hipotônica e muito desconfiada. Estava sempre no colo da mãe, quase sem tônus. Parecia assustada e não mudava nunca de expressão, apenas da inexpressiva para o choro. Não demonstrava interesse pelos brinquedos que eu levava, não balbuciava, não tinha iniciativa. Ficava, literalmente, grudada em **Pillie**, querendo o seio muitas vezes, ou caindo no sono. Eu me preocupava, pois ela já tinha um irmão com diagnóstico de TEA, mas também, procurava me acalmar e tentar entender o quanto esse jeito de estar no mundo era permeado pelas questões que eu levantava: transgeracional, projeções e culturais.

*“**Sarah** está no colo da mãe. Aproximo-me e ela arregala os olhos. Choraminga. **Pillie** pergunta para ela o que está acontecendo. Está frio e a casa tem um cheiro forte. A chega e pega a mãe e os filhotinhos da família de patos. Ele fala quem é quem. **Sarah** esconde o rosto no peito da mãe. Mostro para ela uma tartaruga e **Pillie** fala, com uma voz sem muita modulação, para ela pegar. Ela me olha e olha a mãe. **Pillie** pega a tartaruga.”*

Esse jeito de **Sarah** e J. não era uma questão para **Pillie**. Ela não questionava a quietude; falta de iniciativa; hipotonia e o choro constante quando ela não estava presente, que era lido como uma impossibilidade de ficar sem ela; nenhuma outra hipótese era formulada. Parecia-me que a condição de migrante era algo que estava mais presente na mente de **Pillie** do que o autismo de N. e a preocupação com o desenvolvimento dos seus outros filhos por conta desse diagnóstico. Por exemplo, fazia parte do seu discurso a luta para se conseguir atendimento para N., luta essa que ela parecia sentir ser mais difícil por ser migrante, do que o autismo em si.

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Planejando o futuro

“Eu continuo na luta, não tem outro jeito. Eu quero estudar psicologia para ajudar os meus filhos, ajudar N. Qual vai ser o futuro dele? Eu me preocupo.” (Pillie)

Após dois meses de intervenção e de ter falado algumas vezes sobre a mudança da família para uma nova casa, precisamos interromper os encontros e **Pillie** entraria em contato comigo quando estivessem instalados na nova residência. Isso demorou por volta de três meses e eu precisei ir a busca deles. O contato não se deu. **Pillie** não recebia as minhas mensagens e tive que buscar o CAPSi onde N. era atendido, para ter alguma informação. Foi dessa forma que consegui o novo número de telefone de R. e soube que o número de **Pillie** havia mudado. Assim que conseguimos nos falar, ela aceitou de imediato retomar o último mês de intervenção.

Não ficou claro o motivo pelo qual ela não conseguiu fazer o caminho combinado de chegar até mim. Como no início do nosso contato e a cada início de encontro, havia uma apatia na fala e expressão de **Pillie**, muito parecida com a apatia, hipotonia de **Sarah** e J., que me lembrou essa dificuldade dela em me buscar. Eu ficava em dúvida, como disse antes, o quanto era bem vinda e ela queria participar do trabalho proposto. Isso se desfazia rapidamente, quando ela começava a conversar, me contar espontaneamente ou responder as minhas perguntas sobre ela e sua vida. Mais uma vez, me perguntava o que era dela, **Pillie**, forma como podia estar no mundo e se relacionar, e o que era cultural: tom de voz, modulação facial, expressão de sentimentos, etc.

No nosso primeiro reencontro e nos subsequentes estavam presentes **Pillie**, **Sarah**, A. e N. J. estava na escola e R. trabalhando. A casa era mais distante do centro da cidade, mas ficava em um bairro mais tranquilo. Só a família morava lá e **Pillie** estava mais perto da irmã, que morava na esquina de baixo. Era uma casa clara, mais ventilada, com cozinha, sala, dois quartos grandes e um banheiro. Tinha um quintal, onde ficava o cachorro, que latia incessantemente e parecia bem feroz. Não tinha mais os gatos e nem

o cheiro de urina. Apesar dos dois quartos, pais e filhos continuavam dormindo no mesmo cômodo e o outro funcionava como um depósito. No geral, parecia uma casa mais organizada.

Sarah estava maior e, não sei se por esse motivo, se arriscava mais no contato com o outro. Ela balbuciava, apontava para mostrar o que lhe chamava a atenção, pegava os brinquedos que lhe oferecia e ia para o chão, ainda parecendo bastante receosa de ficar longe da mãe, não tirando os olhos desta e tentando pegá-la com as mãos com frequência. **Pillie** continuava amamentando-a. A. brincava na sala, juntando-se a nós. Ele solicitava bastante a minha atenção, contando inúmeras histórias. **Pillie** pedia para ele brincar com **Sarah**, o que ele fazia por pouco tempo, uma vez que mostrava brinquedos para ela, ela queria pegá-los e ele não deixava, fazendo com que ela chorasse e **Pillie** intervisse, pedindo para ele lhe entregar o brinquedo e escolher outro. N. ia e vinha, aparecia na sala, ligava a TV, saía e voltava posteriormente. Apesar dos dois meninos estarem presentes, as intervenções eram menos barulhentas.

*“N. chega e senta no sofá, entre A. e **Pillie**. Ele busca o seu espaço sem nada falar e sem olhar para ninguém. Levanta e vai ao banheiro. A porta fica aberta. **Pillie** se preocupa e vai atrás dele. **Sarah** está no chão. Ela chora quando **Pillie** sai. Digo que a mamãe tinha ido ao banheiro. Aproximo-me bem devagar. A. está com um carro de brinquedo nas mãos e fala comigo. Tento dar atenção para ele e acalmar **Sarah**. Ele fala para ela parar de chorar. Ela segue chorando. Pego-a e ela se acalma, mas sinto o seu corpo tenso. **Pillie** retorna e ela se joga no colo da mãe. Mais calma, sorri para mim e pega o brinquedo que lhe entrego.”*

Pillie também parecia diferente. Estava mais tranquila em relação ao futuro. Confiante no acompanhamento que N. recebia no CAPSi e em seu desenvolvimento, bem como no de **Sarah**, A. e J. Ela contava que eles estavam mais falantes, que era mais fácil de entender o que eles diziam e que estavam bem na escola. **Sarah** ainda não ia para a creche, mas estava na fila de espera para o ano seguinte. Com isso, **Pillie** dizia que era hora dela voltar para si. Pensava em fazer enfermagem ou psicologia; queria estudar. Pensei se o seu protesto agora viria por essa via, a do estudo. Ela também tinha se

transformado numa espécie de ativista no grupo de mães de crianças com deficiência. Recebia pedidos de algumas colegas e passava-os para mim. Esses pedidos eram de atendimentos na área da saúde. Queriam ser encaminhadas. Além disso, ela também dava conselhos para essas mulheres. Por exemplo, dividia informações comigo sobre uma de suas sobrinhas, buscando entender se era o caso dela ser encaminhada para a fonoaudióloga e assim, poder orientar melhor a sua irmã.

*“**Pillie** fala, com um sorriso no rosto: “Olha como a **Sarah** está falante. Antes ela não sorria, agora ela sorri. A. e J. também estão bem melhor. Dá para entender mais o que eles falam. Minha sobrinha que precisa de ajuda. Ela não fala nada. Não sei se tem dificuldade. Ela tem medo por ser estrangeira. Mas ela também pode ter passado por algo e não quer contar. Eu contei muitas coisas para você, mas tem uma coisa que não consigo ainda contar para ninguém.” (**Pillie**)*

Sentia que **Pillie** ainda se via sem uma rede de apoio e assim como contava com as professoras de seus filhos para desenvolverem papéis que extrapolavam o da sala de aula, ela contava comigo como alguém que pudesse ajudá-la nas suas causas: buscar e conseguir vagas nos equipamentos de saúde, dar diagnósticos e fazer encaminhamentos. Parecia que ela me via como uma solucionadora de problemas, mas também, como alguém que aguentava ouvir as suas fragilidades e dificuldades, que a ajudava a pensar, e, sobretudo, que a acolhia.

Mesmo com o final da intervenção, **Pillie** continuou me enviando mensagens de texto via celular. Mensagens essas de bom dia, bom natal, a importância das mulheres, bem como, mensagens sobre as suas dificuldades, as suas conquistas e os seus planos. Enviava-me vídeos de **Sarah**, mostrando como ela estava falante. Parecia sentir orgulho do trajeto percorrido pela filha em termos do desenvolvimento. Compartilhava as angústias ao não ver progresso em N. e de não conseguir outros tratamentos para ele. Pedia indicação de livros. Queria se instruir para ajudar as suas crianças. Sempre a respondia, sendo bastante acolhedora, mas buscando retomar o meu papel na nossa relação. Sentia-a ainda muito sozinha, porém, mais forte e destemida. Perguntava-me se

a intervenção havia sido um meio que contribuiu para essa **Pillie** renascer em solos estrangeiros. Acredito que sim.

Porém, ainda era difícil falar. Algo ficou de fora da nossa intervenção. Seria algum abuso sexual? Foi a minha fantasia. E por que foi difícil falar? A questão do falar era um tema importante. Que língua tinha que se falar com os filhos, as crianças falavam de forma ininteligível, a sobrinha não falava, ela, **Pillie**, não falou tudo. Tinha o medo de estar fora da sua cultura? Medo de falar para alguém de outra cultura? Medo de reviver o trauma ao falar? Vergonha em falar sobre o que passou? Não tenho as respostas. Talvez, seja mais um passo a ser conquistado num futuro próximo, o de poder falar o que se tem vontade.

MARIA E GRACIA

Maria, 30 anos, boliviana, casada com L. e mãe de dois filhos, M. 5 anos e **Gracia**, 8 meses quando começamos a intervenção. M. foi diagnosticado com autismo há tempos. A segunda gravidez, diferente da primeira, não foi planejada e demorou para ser aceita.

Maria morava no Brasil há 17 anos. Encontrou o esposo aqui, na zona norte de São Paulo. Ele chegou da Bolívia há 7 anos. Moravam na casa dos pais dela, onde também residia seu irmão mais velho. Os dois trabalhavam com a própria confecção. Anteriormente, ajudavam os pais de **Maria** a prepararem e venderem comida típica boliviana, em uma das feiras organizadas por essa população, em São Paulo, durante o final de semana.

Tivemos 10 encontros, eu, a pesquisadora co-terapeuta, **Maria** e **Gracia**. M. participou de um dos encontros, pois o grupo do qual fazia parte no CAPSi que frequentava, não funcionou aquele dia. L. também participou de um dos encontros, pois estava interessado em entender o formato do nosso trabalho.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

E o meu pai? Onde está o meu pai?

“Meu pai não soube que a gente vinha da Bolívia para o Brasil. Fomos todos para a mesma oficina, mas minha mãe não se dava bem com o pessoal. Meu irmão abriu uma oficina para nós. Tudo ia bem até H. – irmão do meio – ir para o exército, na Bolívia. Minha irmã começou a trabalhar e eu também. R. – irmão mais velho – ficou com a minha mãe. Esse ano a gente aprontou muito, deu trabalho para a minha mãe. Saímos de casa. Eu saí por um mês [...] Foi assim que meu irmão tomou conta da oficina. A gente trabalhava, mas nunca saía do lugar [...] A gente mora de aluguel. Não saímos do lugar [...] E o meu pai? O meu pai não se mete em nada!” (Maria)

Maria chegou ao Brasil, São Paulo, quando tinha 13 anos. Ela veio acompanhada da mãe e dos quatro irmãos, R., mais velho, com 18 anos, H., o segundo, com 16 anos, S., a quarta, com 10 anos e L., a caçula, com 4 anos. Seu pai estava trabalhando na Argentina nessa época e não participou dessa decisão. Seu irmão mais velho teve a ideia e a sua mãe topou. Seu pai só veio a saber quando já estavam todos em terras brasileiras. *“Minha mãe dizia que não ia atrás de marido, só ia atrás dos filhos dela.”*

Por muito tempo ela e as irmãs não entenderam a mudança, pois sentiam que estavam bem na Bolívia. A mãe trabalhava como cozinheira, vendendo o que fazia para um mercado, e o pai era pedreiro. Eles, filhos, ainda crianças e adolescentes, estudavam. Os pais juntavam dinheiro para comprar a casa onde moravam, em Cochabamba. Só no Brasil, anos mais tarde, **Maria** soube que a casa onde moravam foi vendida para outro comprador e o pai devia para um sobrinho. Foi por isso que ele precisou ir para a Argentina trabalhar, uma vez que a situação econômica nesse país era mais favorável. Ele sempre enviava dinheiro de lá. Ela, criança, só vivia o momento, no qual podia ir para escola, tinha uma casa e comida. **Maria** disse que o dinheiro que guardaram a mãe pegou para investir em algo que ninguém sabia até hoje o que era.

“Meu pai nunca contou nada para a gente. Eu só soube disso agora. Soube que o dinheiro que ele mandava era suado e que a casa não pôde ser comprada por nós. Ele mandava dinheiro que pegava emprestado com o sobrinho e teve que pagar. Foi aí que ele recebeu o convite desse sobrinho para trabalhar na Argentina. E eu só soube disso agora, quando minha mãe ficou doente. Meu pai não fala nada.” (Maria)

Durante todos os nossos encontros **Maria** falou incessantemente da relação que tinha com a mãe. Parecia que ela esperava algo mais desta última, que achava que só era oferecido ao irmão mais velho. Um dos seus irmãos morava na Bolívia e vivia mais distante dessa trama familiar. As suas duas irmãs eram casadas e tinham filhos. Cada uma morava em sua própria casa, com a família que construíram, e tinham bastante mágoa da mãe. Relacionavam-se com ela, mas não conseguiam viver na mesma residência ou a vendo com frequência. **Maria**, com o esposo e os dois filhos, mais o seu irmão mais velho, moravam com os pais. Era muito difícil para ela se desvencilhar dos conflitos diários com a matriarca.

Maria explicou que a mãe não era uma pessoa acolhedora. Para tudo que dividia com ela, acabava ouvindo no final: *“Eu te falei!”* *“É como se minha mãe torcesse para não dar certo e a gente ter que ficar com ela.”* A relação que **Maria** aparentava conseguir estabelecer com ela era de muito amor, na qual era difícil ficar longe. No entanto, de muita mágoa também, porque sentia que apesar da mãe lhe querer por perto, o seu amor declarado era para o filho mais velho. **Maria** sentia que fazia tudo pelos pais, mas ganhava muito pouco deles, na verdade, da mãe.

Era uma relação que parecia no auge do Édipo, entre ela, a mãe e o irmão mais velho. Este, era o único que não era filho do mesmo pai, o que foi dito quase como um deslize, um segredo revelado num momento de raiva. Em um dos nossos encontros, **Maria** se queixava da mãe e acabou falando que o irmão era filho de outro homem. Deu a entender que houve adultério, mas logo explicou que o seu pai sabia desde o princípio e que a mãe casou grávida de outro relacionamento. Essa informação era a explicação que tentava se dar para entender a preferência da mãe pelo seu irmão.

Suas irmãs também tinham uma relação complicada com a mãe. Diziam-se magoadas com ela, por conta do passado, e não a sentiam como alguém amorosa, pronta

para dar colo e falar palavras acolhedoras, assim, preferiam manter uma relação mais afastados. Ambas eram casadas com bolivianos, tinham filhos e residiam em bairros mais distantes de onde **Maria** residia. Como dito antes, ainda não havia sido possível para elas digerir a vinda para o Brasil.

Entendiam que a mãe as colocou em risco ao querer seguir o filho mais velho. Ao chegarem em São Paulo, a mãe trabalhou como cozinheira de uma oficina de costura. O filho mais velho ficou com ela e a mais nova também. **Maria** e o irmão do meio foram para outra oficina de costura. S., a irmã de 10 anos, foi trabalhar como babá na casa de uma família. **Maria** contou que a irmã disse: *“Eu já falei para a minha mãe que nunca vou perdoá-la por ela ter me deixado sozinha com 10 anos. Eu poderia ter sido estuprada.”* L., apesar de ter ficado com a mãe naquele momento, já que tinha apenas 4 anos, também sentia um certo abandono. No seu caso, este se dava mais pelo fato de ter tido que deixar para trás a infância e a vida que tinha em seu país, para vir para o Brasil, onde cada membro da família foi para um lugar e todos passaram a trabalhar. Parecia que essa mudança foi vivida como algo muito mais disruptivo do que a própria migração pode causar. Não deixaram para a trás só a terra que pertenciam, a vida que levavam, mas a infância e a família que tinham lá, apesar de terem mudado com esta – que parece ter se transformado bastante.

Maria dizia que se sentia como as irmãs em relação à mãe, mas não tinha coragem de falar as coisas que elas falavam para esta última e nem tinha coragem de viver mais longe dela. Entendia que a mãe poderia ter feito pior, por exemplo, poderia tê-las abandonado. Falava que a mãe as cobrava outra atitude em relação à vida, que não parecia apoiá-las em suas escolhas, que reconhecia apenas os feitos dos filhos homens, mas que, no fundo, sempre esteve junto delas. Todavia, era um estar junto que causava confusão. No relato de **Maria**, esse estar junto parecia possessão, parecia não poder ver crescer e seguir a vida, tendo que sempre estar submetido às leis do patriarcado. Era um estar junto que aprisionava, de certa forma, e **Maria** não queria que isso se repetisse na sua relação com os seus filhos.

“Lembro de quando eu era muito pequena, na Bolívia, e minha mãe saía para ir ao mercado. Eu chorava, porque não queria ficar longe dela. Ela acabava me pegando no

*colo e me levando junto, mesmo que eu estivesse despenteada, sem sapato. Eu não quero que isso aconteça com a **Gracia**. Ela chora e eu não pego ela.” (Maria)*

Parecia que quando se via como mulher e adulta, **Maria** se culpava. Ela falava de uma certa ingratidão em relação à uma mãe que considerava provedora. Mãe essa que apesar de não ser carinhosa, não abandonou nenhum filho e sempre supriu as necessidades deles. Desses filhos, só o mais velho ficou com ela, mãe. O segundo voltou para a Bolívia e ela e as irmãs se casaram muito novas. Ouvia que o fato de casar era quase uma traição com essa mãe. Apesar de ver o irmão mais velho como alguém sem vida própria, colado nos pais e usufruindo de tudo que eles podiam lhe proporcionar, **Maria** parecia se ressentir consigo mesma e com as irmãs por terem construído a própria vida e família. Talvez, por isso, fosse tão difícil para ela sair da casa dos pais.

“A minha mãe acha que a gente casou nova e não aproveitou a vida. Ela se divertia quando era jovem. Minha irmã S. casou com 16 anos, eu com 24 anos e L., a mais nova, com 20 anos. Com ela foi diferente, minha mãe deu tudo, pagou inglês, computação, ela pôde fazer o colegial, mas assim que terminou os estudos, casou e teve dois filhos. Meu irmão mais velho fala que a gente casou cedo para não cuidar dos nossos pais.” (Maria)

Ela parecia acreditar na fala do irmão. Daí a culpa? Perguntava-me por que ela ficava tão presa a essa mãe? O que ainda esperava dela? Não sabia as respostas e nem ela, **Maria**. Um dia o seu marido, L., lhe disse que a mãe já tinha lhe dado tudo o que podia. Ela precisava ser grata por isso e seguir a vida. A partir daí, ela fez um movimento de começar a se separar dos pais. Decidiram que continuariam na mesma casa, mas seria como duas em um mesmo terreno. Teriam a própria cozinha, fariam a própria comida. Perguntava-me se **Maria** temia perder L., pois dizia que ele estava cansado de lhe apontar as coisas, cansado de chegar em casa e vê-la cuidando dos afazeres dos pais e irmão, enquanto **Gracia** chorava, e cansado da própria relação com a sogra, que, segundo ele, gostava de falar dos outros.

Esse movimento veio no momento que o irmão disse que ela não fazia nada em casa. Também, veio no momento em que a mãe fica doente, com câncer no rim, e é internada por um longo período. **Maria** dizia sentir dó do pai, que estava abandonado, mas se segurava para não lhe dar o jantar na hora certa e cuidar da sua casa. Queria que o irmão se virasse ou que, pelo menos, pedisse a sua ajuda e reconhecesse o quanto ela fazia.

Esse irmão era o que conversava com os médicos diariamente. **Maria** e as irmãs só visitavam a mãe aos finais de semana. O irmão que estava na Bolívia disse que se o pior acontecesse, ele teria que cuidar da sua dor lá, sozinho, pois não dava para vir ao Brasil. Não entendia o movimento de separação de **Maria** e os pais nesse momento. Ela parecia sofrer mais e se sentir pior, má, por não lhes ajudar. Um dia, ao dizer que tinha muito medo de perder a mãe, comecei a entender **Maria**. Na verdade, não sei se comecei a entendê-la, mas fiquei com a hipótese que só dava para separar agora, uma vez que a ameaça de uma separação maior se fazia muito presente. Era como se ela se antecipasse.

O interessante era que o pai de **Maria**, realmente, não aparecia. Ela falou pouquíssimo dele. O seu esposo, quando nos encontrou, só falou da sogra. Tocou no nome do sogro uma única vez, para dizer que ele era um homem muito bacana e decente. O seu irmão parecia ficar mesmo no lugar da figura masculina, do patriarca da família. Às vezes, o seu marido também.

“A minha irmã estava grávida e ia morar com o namorado, que agora é marido. Mas, ele decidiu que não ia sair da casa dos pais. Deixou ela. Depois, quando ela voltou para a casa dos meus pais, ele foi atrás. Chegou e já foi entrando. Meu marido o barrou e disse que não era assim. Os dois se pegaram no meio da rua. Até o meu irmão disse que o meu marido fez o que eles, homens da família, deveriam ter feito. No fim, ficou tudo certo. Eles já até tiveram outro filho. Nunca casaram. Minha mãe acha ruim. Ela diz que ele, o meu cunhado, é igual um vira-lata. Por isso eu quis casar, para a minha mãe nunca falar isso de mim e do meu marido.” (Maria)

O marido de **Maria** marcava muito a sua própria presença, enquanto esposo e pai. Perguntava-me se fazia isso, também, para mostrá-la que ele era diferente de seu pai. Ele

quis conversar com a gente, comigo e com a co-terapeuta; entrava, frequentemente, em conflito com a sogra e ajudava **Maria** a pensar na sua relação com os filhos.

Como já dito, **Maria** repetiu algumas vezes que queria ser para seus filhos uma mãe diferente da que a sua pôde ser para ela. Queria que eles fossem mais livres para ir e vir, tivessem certeza de que ela sempre estaria perto e presente, e não queria fazer distinção entre eles. Dizia que erraram muito com M., ela e o esposo, pois ficaram muito em cima dele, o protegeram muito. Com **Gracia** era diferente. Deixavam-na chorar, não amassavam a comida para ela comer, incentivavam a andar, falar, etc.

Nas intervenções, víamos uma menininha com olhar atento, expressiva, interessada no que lhe mostravam e muito atenta ao que a mãe falava. Muitas vezes, parecia que ela encenava o que **Maria** estava nos contando – por exemplo, **Maria** falava que estava com raiva e **Gracia** jogava a boneca para longe, parecendo estar brava. Por outro lado, **Gracia** balbuciava muito pouco, algo que o seu próprio pediatra apontou, quando já estávamos no fim dos nossos encontros. Também, não desgrudava por nada da mãe. Isso mudou bastante ao longo do tempo, mas até o fim, era muito difícil vê-la fora do colo de **Maria** ou, ao menos, sem lhe dar uma das mãos. No início, dormia enquanto conversávamos. Quando acordava, chorava e mamava. Do meio para o fim do nosso tempo juntas, passou a aceitar os brinquedos que lhes oferecíamos, até que conseguiu sentar perto de nós e brincar conosco. Será que **Maria** estava autorizando **Gracia** a se separar ao mesmo tempo que ela própria tentava se separar da sua mãe?

*“**Gracia** está de pé. Segura em um das mãos de sua mãe. Está se equilibrando bem. Ela me olha e esboça um sorriso tímido quando lhe mostro a bola. Olha para **Maria** em seguida, como se lhe pedisse autorização para pegar esse brinquedo. Digo isso ao notar que **Maria** não percebeu. **Maria** lhe diz que ela pode pegar, mas ela não se arrisca. **Maria** pega a bola e lhe entrega. **Gracia** sorri, segura esta firmemente e senta. Ela joga a bola para mim e eu devolvo a mesma para ela. **Maria** continua falando com a co-terapeuta. **Gracia** pega a bola e a joga para **Maria**. Seguimos jogando as quatro.”*

Maria tinha muita necessidade de falar sobre si e suas angústias. Isso tornava mais difícil a nossa conexão com **Gracia**. Algumas vezes, ela parecia estar ali, brincando

paralelamente. Aos poucos, quando pôde não mais dormir durante todo o nosso tempo juntas e quando **Maria** pôde estar mais segura do lugar de acolhimento que tinha ali conosco, abriu-se a possibilidade de a inserirmos na brincadeira e lhe apontarmos as ressonâncias na filha do que ela, mãe, vivia psiquicamente. Por exemplo, apontamos que **Gracia** encenava o que **Maria** estava dizendo, não por entender o significado das palavras, mas sim, por conta dessa ressonância ou que **Gracia** buscava segurança nela, mãe, por isso lhe olhava antes de pegar a bola, o que era importante para o seu desenvolvimento e relação com o mundo.

Antes de encerramos as intervenções, a mãe de **Maria** já havia voltado para casa. **Maria** contou que ela estava aceitando mais a sua tentativa de se separar, ter outra residência e trabalho. Comentou que ainda assim, a mãe não a visitava muito. Era ela quem ia mais até esta última. Ela precisava de cirurgia, mas era arriscado, pois seu coração estava muito fraco. **Maria** seguia firme com o seu plano – que era mudar de casa.

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

Fazendo tudo diferente

“Eu chorei muito quando descobri que estava grávida de novo. Não queria de jeito nenhum. Sempre quis ter um filho só. E tinha muito medo, porque as pesquisas dizem que se já tem um com autismo, é mais fácil o outro ter autismo também.” (Maria)

Escrevendo sobre **Maria** e **Gracia**, pergunto-me se essa fala acima foi resultado de alguma informação que **Maria** obteve antes das intervenções – informação que ela pôde registrar assim. Isso porque ela nunca trouxe uma preocupação em relação ao desenvolvimento da filha, muito menos se haveria chance desta ser diagnosticada com TEA.

Aliás, autismo era algo pouco falado por **Maria**. Quando ela conversava sobre o filho, sempre dizia que ele estava se desenvolvendo bem e aprendendo rápido, menos

fazer as necessidades no banheiro – as fazia na cozinha. Nunca comentou como receberam o diagnóstico deste, quais as dificuldades que enfrentavam, quais terapias ele frequentava. Sabíamos que ele era atendido individualmente e em grupo no CAPSi mais próximo da residência da família, e que ia para a escola.

Sobre a filha, **Maria** só ficava preocupada em não conseguir se separar dela, mãe. Isso parecia estar relacionado muito mais ao seu próprio sintoma do que uma dificuldade da menina. É bem verdade que ficamos atentas durante a intervenção, sobretudo no início, quando ela dormia muito, balbuciava pouco e chorava diante de qualquer ameaça de afastamento da mãe. Porém, com o passar do tempo, como dito anteriormente, vimos que ela era bastante expressiva, fazia contato, compartilhava seus interesses e podia brincar, sozinha ou conosco. O desenvolvimento da fala é que seguiu mais prejudicado e a atenção à mãe continuava excessiva. Contudo, a nossa hipótese era de que ela estava enredada na própria dinâmica de **Maria**. À medida que esta pudesse deixar a filha mais livre para se separar, apostávamos que isso aconteceria de forma tranquila.

*“A **Gracia** não tem um brinquedo preferido, que ela pode ficar com ele quando eu não estiver perto. Li sobre isso no jornal. Agora eu dei um coelhinho para ela. Quero que ela se apegue a ele. Às vezes ela joga ele longe, com raiva, principalmente quando eu vou sair – nesse momento, na intervenção, **Gracia** quis colo. Em outros momentos ela dá carinho para ele. Ela está muito comigo. Ela acorda e já procura por mim. Quando começa a chorar ou quer algo, já vem para mim. Tenho medo. Já inscrevemos ela na creche e não sei como será. Tenho medo dela não ficar tranquila.” (Maria)*

Questionei-me, ao ouvir **Maria**, se ela também ficaria tranquila quando **Gracia** fosse para a escola. Perguntei e ela respondeu que sim. **Maria** sentia muita falta de M., ainda hoje, quando ele está na escola. Ela não sabe porque isso acontece. Apesar de ter muito medo de ficar como a mãe, grudada nos filhos homens, parece repetir isso, quase conscientemente. Mas, também era apegada a **Gracia**. Na verdade, não sei dizer se é como a sua mãe em relação a ela, se é apego ou precisa sentir que é difícil para a filha se separar.

Por outro lado, pensava se **Maria** temia tanto ficar como a mãe que perdia a espontaneidade e acabava vendo com outros olhos momentos naturais entre mãe e filha. Por exemplo, quando **Gracia** acordava e a procurava ou quando queria algo, chorava e a buscava, mãe. **Gracia** era apenas uma bebê e os bebês buscam aqueles que lhe dão segurança em momentos mais vulneráveis.

Apesar de ainda não ter conseguido se separar da própria mãe e parecer ter um caminho longo pela frente no sentido de elaborar a relação que mantinha com esta, **Maria** refletia sobre essa questão, se fazia perguntas, tentava se diferenciar enquanto mãe e tentava se relacionar de maneira diferente com os filhos.

Também, tentava utilizar a própria experiência de ser mãe, para fazer diferente com **Gracia**. Como dito antes, ela e o marido entendiam que foram muito protetores de M. e não o deixou tão livre para se desenvolver. Questionei-me, algumas vezes, se eles relacionavam tal fato com o autismo – como este sendo uma consequência da super proteção. Não sei responder.

*“A gente deixa a **Gracia** mais livre. A gente protegeu muito o M. Demos tudo amassadinho, suco, sopa. Para ela, já damos os pedaços. A gente ama muito a **Gracia**, mas o cuidado é diferente. Com o M. a gente limpava tudo, com ela, colocamos no chão. A gente acha que ela é mais esperta que M. quando ele tinha a idade dela. M. não mamou no peito. **Gracia** não quer pegar copinho, mamadeira. M. tem só um rim, – nasceu assim. Tinha um cisto e os médicos não sabem se este incorporou o rim. Descobriram na gravidez – não sei se por isso fomos mais protetores. M. dormia e não brincava. **Gracia** tem uma brincadeira diferente. M. não dormiu uma noite inteira até 1 ano.” (Maria)*

A questão do desenvolvimento de linguagem de **Gracia** era interessante. **Maria** falava com os filhos em espanhol e em português. Acreditava que eles entendiam e aprendiam os dois idiomas, sem nenhuma confusão. Não se questionava sobre o desenvolvimento de linguagem de **Gracia**, não fazia relação sobre isso e a forma com que conversava com os filhos, não comparava o desenvolvimento de linguagem dela e de M. Nós já havíamos apontado durante os encontros o quanto ela balbuciava pouco, mas

Maria não se atentou à essa fala. Posteriormente é que comentou que o pediatra também apontou essa questão. Ainda assim, pareceu não se preocupar.

“Só falo em espanhol quando estou brava. Tenho medo deles não aprenderem português e ficarem de fora. Minha irmã conseguiu ensinar português para os filhos. Em casa ela falava espanhol. Eles aprenderam espanhol primeiro e depois português.” (Maria)

Ela nos dizia que temia que os seus filhos ficassem de fora do social. Como morava no Brasil há bastante tempo, veio com a família, falava português bem, se sentia mais integrada à cultura e aos espaços sociais. Porém, esse temor de ficar de fora parecia revelar algo da condição do migrante. Condição essa que é a de sempre aparecer que não se é dali. Estava estampado no rosto de **Maria**, nos seus traços, que ela não era brasileira. E não precisava ir muito longe para ver que não era mesmo. Era casada com boliviano, em casa eles falavam espanhol com a família dela, a comida que comiam era a boliviana, as irmãs eram casadas com bolivianos, só conviviam com bolivianos, não saíam para nenhum lugar, a não ser para as feiras bolivianas.

Um dia seu marido disse: *“Eu fui trabalhar com brasileiros e vi um mundo diferente. O brasileiro é descontraído. Brasileiro vive a vida feliz, diferente da gente.”* Tal comentário parecia desnudar o que, talvez, **Maria** quisesse esconder ou não entrar em contato, que há diferença entre eles, bolivianos, e nós, brasileiros.

Maria nunca trouxe nenhuma lembrança de seu país de forma espontânea. Perguntei algumas vezes se ela sentia saudade de algo de lá e uma vez ela comentou que sentia saudade de fazer *picnic* no parque. *“Lembro que a gente ia com a família e os amigos. Levávamos as panelas com comidas e passávamos o dia lá. Era muito bom.”* Nessa hora, sorriu como nunca havia sorrido antes. O desenraizamento é assim, por mais que se coloque terra no vaso de planta, a raiz sempre volta a aparecer.

Talvez **Maria** não se sentisse tão solitária e sem uma rede de apoio como outras mães migrantes que encontramos nesta pesquisa, afinal, apesar dos conflitos ela tinha sua mãe, pai, irmão e irmãs por perto. Todavia, ao nos contar sobre o seu dia a dia, ficava claro que viviam à margem da cultura brasileira e pouco circulavam nos espaços da

cidade, no social. Por que era difícil? Chegou a tentar? Temia não ser aceita? Parece-me que ela tinha o seu reduto e não precisou buscar mais ninguém. Por outro lado, se temia que os filhos não fossem inseridos nos espaços que frequentavam, poderia ser que agora se sentisse ou que um dia se sentiu de fora e não foi nada agradável.

Era interessante ver que o autismo isolava e a migração podia isolar também. Mesmo quando este, autismo, não preocupava e ameaçava, o seu lugar de não pertencimento se aproximava do lugar que a migração pode suscitar.

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Desmame da mãe, desmame da filha

“Em dezembro a gente vai para a Bolívia. Tem 18 anos que eu estou aqui e não fui mais. A gente vai visitar, mas também vai ver como é viver lá. O irmão do meu marido chamou ele para morar lá, trabalhar. Mas, vamos ver como é o tratamento do M., porque lá é tudo pago. Mas mesmo se a gente voltar, a gente vai morar em outra casa.” (Maria)

Ao nos aproximarmos do final das intervenções, começamos a notar diferenças em **Maria**, tanto físicas, quanto emocionais. Ela, que tinha o cabelo longo, um dia apareceu com ele curto, estilo “joãozinho”. Também, começou a falar dos planos para o futuro. Esses planos tinham como objetivo principal a mudança de país ou, ao menos, de casa. Não moraria em outra casa, dentro da casa dos pais, mas, moraria em outra casa mesmo, muito distante, em outras terras ou, ao menos, fora do metro quadrado do qual nunca conseguiu sair. *“Desde o namoro, sono três, eu, meu marido e minha mãe.”*

Seu marido era um grande incentivador desse plano. Na verdade, parece que ele foi quem deu o ponta pé inicial. **Maria**, como a mãe, nunca tinha voltado para o seu país desde que chegou no Brasil. Suas irmãs iam de férias para lá todo ano. Seu pai e seu irmão também já foram e o outro irmão voltou de vez. Por que será que elas nunca puderam voltar?

Agora, parecia estar curiosa para saber o que tinha ficado para trás, como estava o seu país e seu povo. Lembrei, ao ouvi-la, dos expatriados, que visitam o país onde há possibilidade de morarem, para verem se gostam ou não, o chamado *look and see*. Como **Maria** ia olhar e ver a “nova” Bolívia? Comentou que a irmã disse que a Bolívia não está tão boa economicamente, mas oferece outras coisas. Por exemplo, os seus filhos ficam melhor lá, pois saem e brincam com outras crianças. No Brasil, só vão para a escola e ficam em casa, em frente à TV e comendo.

Ao mesmo tempo, **Maria** ainda parecia ficar dividida em assumir que poderia gostar da Bolívia. Por um lado ela justifica o comportamento passivo dos sobrinhos estando em São Paulo como resultado da violência. Disse que eles moravam em um bairro violento, por isso não saíam muito. Por outro, ainda que demorasse um pouco para aparecer, expressava a sua admiração pela sua terra. Após algum tempo, consegue dizer: “*Lá a gente não tem isso*”, se referindo às favelas e o perigo destas.

Penso que deve ser difícil para **Maria** gostar da Bolívia e do Brasil. Isso parece ser da ordem do impossível. A sua relação com a sua mãe parecia obedecer a mesma lógica. A mãe não podia ser alguém com qualidades e defeitos. Assim, ela era só uma coisa ou outra e se fosse só boa, era impossível se separar dela.

“Quando eu casei a minha irmã disse que era hora de eu seguir o meu caminho, separar da minha mãe. Eu gosto muito dela. Eu não quero aceitar que ela fez maldade para mim. Se eu ver a minha mãe com bons olhos, eu nunca vou querer deixar ela. Eu gosto muito, muito dela.” (Maria)

Mas agora, parecia que **Maria** corria o risco de perder o marido, que se dizia cansado das brigas com a sogra e da situação em que viviam. Mesmo adiando esse capítulo de sua vida, parecia que a hora de encerrá-lo e fazer uma escolha importante, ser mãe e esposa, além de filha, tinha chegado.

A sua mãe continuava doente, mesmo tendo recebido alta hospitalar. Perguntava-me se esse plano de ir para a Bolívia ou sair de fato de casa era um *acting out* ou uma construção. Também, perguntava-me se era uma proteção. **Maria** contava que ela e os

irmãos estavam se dando conta que ninguém dura para sempre, nem essa mãe tão grandiosa. Parecia que estavam podendo ser mais gratos pelo que puderam viver com ela e se preparavam para seguir em frente, já que, haja o que houver, o baile sempre segue.

Gracia, por sua vez, também entrava numa nova fase da sua curta jornada fora da barriga da mãe. Havia chegado a hora do desmame. **Maria** tinha decidido parar de amamentá-la e começou a lhe dar fórmula. A mamada da noite e da manhã ainda existiam. Em uma das intervenções **Maria** disse: *“Ela está tentando se acostumar. Sempre me pede e nessa hora eu lhe dou um abraço. Mas, agora, ela venceu. Esqueci a mamadeira. Vou precisar amamentá-la.”*

Perguntei-me como foi para **Maria** conversar conosco, terapeutas estrangeiras e como foi para **Gracia** estar ali, com a sua mãe e conosco, mulheres de “fora”... fora da sua relação com esta última. Qualquer terapeuta poderia ter feito a função que fizemos, de acolher, escutar e ajudar **Maria** a pensar, além de facilitar a interação mãe-filha. No entanto, no seu caso e no de **Gracia**, perguntei-me se o estrangeiro ficar marcado de forma tão concreta foi algo que jogou a favor.

Apesar de ter sido difícil fazermos o encerramento do trabalho, uma vez que a doença da mãe de **Maria**, as férias de julho e o novo trabalho dela e do marido – a própria confecção – contribuíram para uma pausa de dois meses, foi possível seguirmos e chegarmos ao fim que planejamos e que também pareceu suficiente. Era hora de desmamarmos mãe e filha. Ambas pareciam fortalecidas e certas de que mesmo na ausência o outro que amamos permanece dentro de nós. O interessante é que a co-terapeuta saiu de licença maternidade três encontros antes do término, deixando-nos a três, e me perguntei se isso contribuiu para essa certeza. Seria uma nova triangulação, menos ameaçadora?

“Gracia fica em pé. Maria diz que ela está firme. Já engatinhava para todo lado. Ela segura a mão de sua mãe e, de repente, consegue dar um passo. Maria sorri, feliz, e eu também.”

NINA E DANIEL

Nina, 34 anos, boliviana e mãe de **F.**, 5 anos e **Daniel**, 9 meses. Casada com **H.** há 6 anos. Morava no Brasil fazia 7 anos e o marido, 10 anos. Conheceram-se no trabalho e a primeira gravidez não foi planejada, diferente da segunda. Moravam na casa onde trabalhavam. **H.** cuidava de uma confecção de roupas e **Nina** das crianças e serviços da casa. Uma de suas irmãs, com o marido e o filho de 10 anos, moravam e trabalhavam com eles. **H.** também tinha uma irmã que morava em São Paulo, com o marido e o filho. Eles trabalhavam na mesma confecção, mas moravam em casas diferentes.

Encontramos 13 vezes, eu e a co-terapeuta, com **Nina** e **Daniel**. Em uma das últimas intervenções, **F.** e **H.** entraram no fim, para cantarmos parabéns para **Daniel**, que estava completando 1 ano. Ao final dos 12 encontros propostos inicialmente, oferecemos ver a díade mais uma vez, ao entendermos que **Nina** pediu, sem verbalizar, mais um encontro, ao contar uma situação difícil e chorar, coisa que nunca havia acontecido. **Nina** era bastante reservada, talvez uma característica marcante das mulheres bolivianas, ou tímida, sigo sem saber.

CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: INGREDIENTES DA PARENTALIDADE

Essa é a vida... Seremos uma família?

*“Eu trabalho na confecção quando o **Daniel** dorme. Cuido dele, do **F.** e da casa. Fico cansada, mas essa é a vida. São meus filhos e eu tenho que encontrar um meio de cuidar deles.” (**Nina**)*

A fala acima tem o tom do que senti com **Nina** todas as vezes que a encontrei. Etse tom era o da resignação. Ela falava baixinho; sempre da mesma forma, sem modulação; na maioria das vezes só quando lhe era perguntado algo e parecendo não querer – ou poder – se queixar das dificuldades e dores particulares. Aprendi que essas características tinham uma pitada de cultura, mas, perguntava-me se havia algo detse jeito

de ser que era seu e não só cultural e/ou do encontro conosco. Aos poucos, **Nina** pareceu se abrir comigo e com a co-terapeuta, porém, se manteve mais quieta até o fim.

Iniciando o caso em questão, **Nina** era a filha mais velha de um casal que teve sete filhos. Ela e sua família eram de Sucre, na Bolívia. Apesar de não contar muito como era a vida lá, repetia muitas vezes que sentia saudade e queria voltar. Antes de migrar para o Brasil, trabalhava como doméstica em seu país. Hoje, seus irmãos que lá ficaram estudam, estão na universidade. Penso que são uma família humilde, mas que batalham muito. **Nina** contava que eles eram bastante unidos e que se falavam toda semana.

“Sempre foi assim. Às vezes o meu pai batia em um de nós e todos choravam... um chorava e todos choravam juntos. Mas eu saí cedo da minha casa, tinha 16 anos. Queria melhorar de vida. Meus pais moram num sítio.” (Nina)

Seus pais já a visitaram, mas a maioria dos irmãos, nunca. Uma irmã esteve com eles por um tempo, mas acabara de retornar para a Bolívia. Ela voltaria a visitá-los no natal, o que não demoraria. Essa irmã estava grávida e perdeu o bebê, na Bolívia. Veio para o Brasil, mas queria passar o dia das almas lá – como o dia de finados para nós – antes de retornar para cá. *“Ela quer encontrar com a sua filhinha no dia das almas”*, disse **Nina**.

Essa história foi contada assim, sem muitos detalhes. Perguntei-me se essa irmã teve uma decepção amorosa e por isso veio para cá. Por mais que tentasse saber maiores detalhes, **Nina** só falou isso. Questionei-a sobre o que sentia ao ver a irmã passando pela dor – imaginava eu – de perder um filho e também, tentei fazer um paralelo com as suas dores enquanto mãe – dores que foram aparecendo ao longo dos nossos encontros. Ser uma mãe migrante, não podendo contar com a sua mãe e família estendida, e ser uma mãe de uma criança com autismo, foram dores trazidas por **Nina** inúmeras vezes – mas não conseguia obter mais nada dela, a não ser um *“essa é a vida”*. Por que tanta resignação? Era cultural? Era a única forma como **Nina** podia sentir?

Desde que por aqui chegou, nunca conseguiu voltar para a terra natal, apesar de desejar todos os dias. A falta de dinheiro e o clima a impediam. Ela explicou que lá faz muito frio e ela não queria que os filhos adoecessem.

Como dito, uma de suas irmãs também morava em São Paulo, em sua casa. Ela era casada e tinha um filho. O casal trabalhava com H., na confecção que ele tinha em casa. **Nina** conversava bastante com ela e achava bom tê-la por perto. *“Tenho alguém com quem conversar, mulher com mulher.”* Mas, também contou que tentava separar as coisas dentro da relação:

*“A gente mora na mesma casa, mas cada um tem a sua vida. Eu não acho justo pedir para a minha irmã ficar com os meninos no final de semana para eu sair. É o dia de descanso dela. Ela, o marido e o filho saem o dia todo no domingo. Durante a semana, se vou no mercado, peço para ela ficar com F. **Daniel** está sempre comigo. Não quero dar trabalho para os outros.”* (**Nina**)

Nina parecia não poder contar com ninguém. Era difícil saber se o outro não podia estar ali por ela ou se, de alguma forma, ela acabava assinalando que não precisava contar com o outro. Não queria sobrecarregar a irmã, não queria cobrar o marido... tinha que dar um jeito, já que a vida era sua. Como disse, os filhos eram dela e ela tinha que cuidar. A vida era dela e ela tinha que viver. Entretanto, tinha que aceitar o que parecia estar dado, sem ter o direito de mudar o próprio curso da vida?

Também, era assim como esposa. **Nina** contou que ela e o marido se conheceram no trabalho. Um dia, ele a convidou para sair e em seguida ela engravidou. Ficou com medo dele não a querer mais, mas ele ficou feliz com a notícia. Parecia que ela era a única responsável pela gravidez repentina. A partir daí, passaram a morar juntos. Com eles, moravam duas irmãs de H. Uma já retornou para a Bolívia, a outra continuava aqui com o marido e o filho. Eles não moravam mais na mesma casa, mas trabalhavam juntos, como mencionado antes.

*“Morava com a minha cunhada, a gente tinha problema. Eu achava que era isso – que esse era o motivo de me sentir só. Meu marido ficava mais com ela do que comigo. Eu ficava muito sozinha. Ele dava mais para a sua família do que para nós. Um dia, domingo, o F. era desse tamanho – aponta para **Daniel** – e minha cunhada tinha uma menina de 3, 4 anos. H. levantou, deu banho na menina e saiu. Não falou para onde ia. Eu fiquei chorando. Eu não sei. Eu penso... muitas coisas passaram pela minha cabeça. Eu não sei se essas coisas causaram um problema no F. Eu chorava muito por isso também. Eu me sentia de lado. Nesse momento, durante a intervenção, **Daniel** vem e lhe dá um abraço. Ele dava menos atenção para nós e dava mais atenção para a sua sobrinha e irmã. Seremos uma família?” (Nina)*

Apesar de comentar sobre a relação de H. com as irmãs e da relação dessas consigo e de fazer uma reflexão importante, que era se ela e o marido conseguiriam se tornar mesmo uma família, **Nina** parecia não poder responsabilizar H. ou deixar que ele se responsabilizasse pela parte que lhe cabia. Por exemplo, após essa fala detalhada, disse que ela e o marido eram bem unidos e que estavam sempre juntos. Também, que ele melhorou e que hoje, a maioria das vezes, fica do seu lado. O que chamava atenção era a rapidez com que **Nina** precisava colocar o outro em um bom lugar. O marido, que apareceu como uma pessoa que, por um momento, pode ter sido pouco cuidadoso com ela e com os seus sentimentos, logo virava um super parceiro. Parecia que ela não podia entrar em contato com a dor e com o direito de senti-la.

“Quando descobri que estava grávida, queria ir embora, ficar perto da minha família. Eu pensava: Quem vai cuidar de mim no dia que ganhar meu filho? Como vai ser? A gente ficou muito sozinho. Ficava muito triste, chorava muito. Não conhecia muita gente aqui. Ele – H. – também não tinha ninguém. A gente se uniu muito. A gente tá sempre juntos, se ajudando. Eu fiquei muito triste, preocupada. Só queria ganhar o meu dinheirinho e voltar para o meu país. Agora, como fico?, pensei...” (Nina)

Falava de algo tão legítimo. Um sentimento de solidão e medo. Nessas horas, queremos ser acolhidos pelo conhecido, porém, ao começar a entrar em contato com isso, seguia por outro caminho:

“Aqui eu tenho tudo, meu marido, meus filhos, minha casa e o dinheiro, que é pequeno, mas tem. No meu país, não tenho nada. O H. fala para mim: Todo mundo muda. Não tem aquele amigo esperando por você. Todo mundo fez a sua vida. Eu fico triste, chorando. Quero ir embora. Lá tinha os meus amigos, a casa das minhas tias. Aqui eu só tenho que ficar aqui dentro e olhar meus filhos. Eu sei que é estresse. Tem muitas vezes que eu não consigo sair fim de semana. E ele fala: Lá não é a mesma coisa. Se você for lá, não vai achar aquele amigo que você tinha. E é verdade!” (Nina)

Essa divisão, aqui é bom, lá é melhor e vice-versa era algo vivido por outras mães migrantes também. Na verdade, é algo vivido por todos nós, humanos. O que me chamava a atenção em **Nina** era que ambos os lados não podiam existir juntos. Assim, o marido não podia ser alguém com falhas, o país não podia ter aspectos não tão bons, ela não podia estabelecer relações de troca com a irmã, onde uma dá e a outra também.

Ela chorava e ficava triste porque se sentia só, porque não se sentia cuidada, porque não encontrou um marido quando casou, mas o irmão de alguém. Queria o colo da sua mãe, o abraço das suas tias, o acolhimento dos seus amigos. Todavia, rapidamente, ouvia e parecia se convencer que reclamava de barriga cheia, até por que, esse mundo de pessoas que imaginava ter e lhe amar era apenas parte da sua fantasia.

Essa **Nina** resignada também o era enquanto mãe. Cansava-se com os cuidados diários dos meninos, mas parecia ter que se conformar com isso já que quis ter filhos. Chegou a se perguntar se a culpa era sua de F. ter diagnóstico de TEA, pois chorava e ficava triste, quando ele era pequeno. Entendo que mães se culpam e que tem algo do narcisismo que grita quando temos um filho com algum diagnóstico, porém, **Nina** parecia ir além da culpa. A impressão que tinha é que ela dizia que esse era o seu destino. Por algum motivo ela era merecedora dele e tinha que abraçá-lo.

Nos encontros, via uma mãe que tentava cuidar e impedir coisas que eram impossíveis de serem impedidas. Então, tentava não ser invasiva e deixava **Daniel** explorar a sala como queria, mas, se ele caísse, por exemplo, o que seria natural, já que estava aprendendo a andar, o pegava e não o soltava por um tempo. Parecia se culpar.

“**Daniel** faz brum com a boca e **Nina** diz que ele está cuspiendo. Em seguida, diz que ele caiu duas vezes. *“Fico assustada, porque o F. caiu da escada e os médicos disseram que isso pode ter afetado a fala dele. Ele chora e eu choro mais. Sou mais boba que ele. Eu tento cuidar, mas é impossível evitar que caia.”* (**Nina**)

Pena que **Nina** parecia saber disso apenas com a razão – que era impossível evitar os tombos dos filhos. Entendo que para além do cuidado extremo para não ser responsabilizada por algo maior, ela queria evitar mais sustos. Pergunto-me se foi, de fato, responsabilizada de algo, indevidamente, por alguém.

REPETIÇÃO OU ELABORAÇÃO? ENFRENTANDO O AUTISMO

Mais um susto se ganhasse na loteria duas vezes

*“As vezes, penso se **Daniel** vai ter algo. F. era igual **Daniel**, até parar de falar, com 1 ano e 9 meses. Só peço a Deus que ele não tenha esse problema. Será que vou ter que andar tudo que andei? Vejo outras mães com crianças com autismos mais fortes. Tenho medo. Quando passar 1 ano e 6 meses, vou ficar mais sossegada. Não sei explicar o que aconteceu, se caiu e bateu a cabeça – F. Não quero outro susto.”* (**Nina**)

Nina contou que decidiram ter outro filho, pois achavam F. muito sozinho e queriam que ele tivesse companhia. Logo, pensei que quando souberam da gravidez de F., levaram um susto, mas **Daniel** não era outro susto. Pelo menos a sua chegada ao

mundo, não. O que viria dali para frente não daria para prever e teriam que fazer uma aposta. Foi o que **Nina** e H. fizeram. Ela comentou que eles sabiam da possibilidade do segundo filho também ser diagnosticado com TEA, mas confiaram no que o médico lhes disse: “*Seria como acertar na loteria duas vezes.*”

Nina não sabia explicar o que aconteceu com F. Falou muitas vezes que ele era um bebê com desenvolvimento típico, até que parou de falar. Isso parecia ser difícil de digerir. Sim, um susto nos pega de surpresa e pode ser da ordem do traumático, ou seja, bem difícil de ser resignificado. Talvez, por isso, **Nina** sempre comentava do que F. era capaz de fazer, principalmente quando apontávamos o que **Daniel** estava fazendo. Seria difícil abrir mão do filho imaginário e não real ou isso tinha a ver com o fato do diagnóstico de F. ainda não ter sido fechado?

Quando ele parou de falar os pais o levaram em muito lugares. Cada serviço de saúde encaminhava para outro lugar e ninguém explicava o que estava se passando, até que chegaram ao CAPSi onde F. ainda era atendido e estávamos realizando a intervenção. Lá, o psiquiatra não havia concluído o diagnóstico. No entanto, durante a peregrinação da família, um profissional disse que F. parou de falar, pois era uma criança com autismo e que isso se devia ao fato dele ter batido a cabeça quando caiu da escada – o que não procede. Os pais levaram esse ocorrido quando perguntados se algo diferente tinha acontecido para ele parar de falar.

De fato, quando vi F. ele pareceu uma criança com algumas questões em relação ao desenvolvimento de linguagem e, talvez, ao contato social – estabelecia contato visual, por exemplo, mas logo se ligava na tecnologia, celular, para compartilhar um interesse seu. Por outro lado, chegou na sala falando, mostrando o jogo que gostava de jogar no celular, fazendo contato visual, compartilhando interesses, falando das suas preferências e cantou parabéns para o irmão. Porém, apesar de **Nina** dizer que ele sempre teve um desenvolvimento típico até parar de falar e comparar o seu desenvolvimento com o de **Daniel**, que aos seus olhos ia bem, ela dizia que por um tempo F. não só parou de falar como teve outros comportamentos que lhe chamaram a atenção e lhe intrigaram, como, ficar muito sensível ao barulho.

Perguntei-me o quanto ela via **Daniel** com um desenvolvimento típico e o quanto pôde ver F. com o mesmo desenvolvimento. Parecia viver um vai e vem, onde horas via os filhos se desenvolvendo bem e horas não. O interessante é que vivi o mesmo por volta

da metade do nosso tempo juntos. De repente, me angustiei com a fato de **Daniel** explorar a sala e me perguntei se ele não estava se afastando e vivendo um fechamento autístico. Tal acontecimento me fez me dar conta do quanto estava conectada à **Nina** e do quanto ela precisava falar e se conectar à alguém. Era difícil trazer o bebê para a relação.

Também, pensei se teve um período na vida de F. que ele, realmente, se comportou de maneira bastante diferente – estaria regulando as sensações e emoções? – e se isso assustou **Nina** e H., se houve uma dificuldade na comunicação entre pais e profissionais, se F. teve só uma questão com a linguagem, etc. Enfim, inúmeras perguntas sem respostas.

Durante este estudo, escutamos algumas mães migrantes dizerem que profissionais as orientaram a conversar com os filhos em português, do contrário, eles não aprenderiam esse idioma. Elas achavam a tarefa difícil, pois julgavam não saber bem tal língua. Além disso, se culpavam pelo não aprendizado dos filhos ou por eles falarem errado o português, já que elas os ensinavam errado.

Nina, das mães migrantes que vi, era a que mais tinha dificuldade com o português. Aponto isso aqui não por considerar um problema. Era perfeitamente inteligível tudo o que ela falava. Além disso, entendemos que as crianças de pais migrantes vão aprender o português, pois este faz parte do dia a dia delas. Sendo assim, é aconselhável que os pais falem com eles em sua língua mãe, pois é como sabem melhor se expressar, lhes é mais natural, espontâneo e é mais um idioma que as crianças podem aprender. Porém, não sei se por ter sido cobrada a falar essa língua e não poder falá-la como gostaria, ela acabou se culpando e isso teve um impacto na forma como se comunicava com o filho e como via a forma como o mesmo se comunicava. Será que a solidão sentida por **Nina** passou a impactar a relação mãe-bebê de tal forma, deixando-a mais silenciosa e desconectada? Também, não sei se os profissionais deram tal diagnóstico, o TEA, levando em conta só o que era contado pela mãe, sem considerar as observações feitas por eles – não sei se existiram – a respeito da criança e sua interação com o mundo, bem como observações sobre o seu estado emocional, capacidade de autorregulação, etc. Pergunto-me se o desenvolvimento da fala e suas implicações foram os únicos aspectos considerados dentro do espectro do autismo e/ou se eles ganharam tamanha proporção que ficou difícil diferenciar dificuldade de linguagem de outros desenvolvimentos.

“Às vezes a gente fala espanhol em casa. Antes, só falava espanhol. Mas alguém perguntou se a gente sabia falar português para ajudar o F. a se desenvolver. Agora eu sei falar e falo com ele. Tem umas palavras que o F. fala em espanhol. Eu acho que com o tempo ele vai aprender as duas línguas. Ele sabe algumas coisas em espanhol. Com o tempo ele vai aprender as duas. Eu vou ensinar para ele o que eu sei. Às vezes ele me pergunta como é algo em português e eu não sei. Falo para ele perguntar para o pai. Ele sabe mais, está mais tempo aqui.” (Nina)

Senti compaixão por **Nina** ao ouvi-la contar sobre essa orientação que recebeu, – de falar em português com os filhos – pois parecia que o que tinha de mais precioso para oferecer a F. e **Daniel** lhe foi confiscado. Para alguém que parecia entender que só lhe restava ouvir e acatar, essa orientação pode ter gerado mais culpa e insegurança. Mais uma vez, ela não teria nada de bom para dar, para fazer. H. faria melhor. Além disso, a incerteza sobre aprender o português se transformou em incerteza sobre aprender o espanhol, a sua língua emocional sobretudo.

Disse-lhe que o seu idioma era belo e que ele era a maior riqueza que ela poderia transmitir para os seus meninos. Também, que eu estava certa que eles aprenderiam ambos os idiomas, pois os ouviriam com frequência, em casa e na rua. Em seguida, **Nina** comentou:

Daniel engatinhava pela sala. Foi atrás da bola e entrou no armário. Saiu e quis abrir a caixa de brinquedos. **Nina** o chamava e pedia para ele ir para perto dela. [...] *“Ele começou a chamar mãe. Agora, chama pai também. Não tinha escutado o F., só quando ele era grande – escutado o F. lhe chamar de mãe quando ele era bebê. **Daniel** falou mamama e eu disse: Eu estou aqui, meu filho.” (Nina)*

Daniel era um menino inesquecível. Era gordinho e tinha os cabelos espetados. Olhava-nos e sorria. Engatinhava por todos os cantos da sala onde nos encontrávamos. Balbuciava com frequência. Sempre queria abrir a caixa de brinquedos que lhes oferecíamos. Parecia estar descobrindo a bi e a tridimensionalidade dos objetos. Abria e

fechava as portas, entrava e saía dos armários. Sempre dava uma escapadinha e ia até a co-terapeuta checar a si mesmo no visor da câmara. Pensei que ele era como o menino do filme *O menino do pijama listrado*, que se intitulou *explorador*, pois gostava de explorar os lugares, para conhecê-los melhor. **Daniel** era o explorador na sala.

Mãe e filho não brincavam juntos. **Nina** disse que faziam isso em casa, aos finais de semana, quando tinham mais tempo, mas que, muitas vezes, **Daniel** gostava de engatinhar pelos corredores do imóvel. Também, gostava de lápis de cor e papel e de assistir televisão. Quando menor, gostava de chocalhos. Durante os encontros, se interessou bastante pela bola, um livro de estória e uma cestinha com xícaras, pratos e talheres. Pegava os brinquedos e os explorava. Jogava para longe a bola, tirava todos os objetos da cestinha de chá, virava as páginas do livro.

Nina não se dizia preocupada com o desenvolvimento dele. Por inúmeras vezes, disse que o via como uma criança saudável. Por outro lado, comentava que F. era como **Daniel** quando tinha a sua idade, até parar de falar. Então, só ficaria sossegada depois que **Daniel** passasse da idade que o irmão tinha quando parou de falar. Mais uma vez eu a ouvia e sentia uma dor. Como devia ser difícil estar em um lugar onde não se conhece muito bem o funcionamento das instituições, o olhar dos profissionais, a língua. Ouvir um médico dizer que o filho era uma criança com autismo devia ser terrível. Ouvir a mesma coisa sem ter esses entendimentos, sem estar junto à sua família e amigos, sem estar em contato com o que lhe é conhecido desde que chegou ao mundo devia ser duplamente terrível. **Nina** só conseguia me contar da sua peregrinação pelas instituições e não do que sentia. Entendia que essa era a forma possível para me contar do pavor que deve ter sentido.

Uma vez, como um momento raro, **Nina** abriu uma brecha e me falou sobre isso que eu imaginava que ela sentia – que apesar de ter o que precisava, não se sentia segura onde estava. Não falava só da vontade de retornar ao seu país, – essa fala era frequente, bem como a fala de que sentia saudade da sua família – mas falava de um não pertencimento, de uma impossibilidade de transitar com segurança.

“Eu sempre tenho vontade de voltar. Aqui eu tenho tudo, trabalho, meus filhos, posto de saúde de graça, escola de graça. Meu país não tem nada. Mas eu não me sinto 100% aqui. Minha liberdade falta aqui. Lá a vida é outra.” (Nina)

Perguntava-me se ela imaginava que lá não precisaria passar pela dor e incerteza/confusão de ter um filho com um possível diagnóstico de autismo. Se lá ela conseguiria se sentir segura para falar o que pensava, mudar o curso do que achava que era o seu destino. Se lá haveria menos confusões de línguas, com a possibilidade de falar a língua mãe sem ser tolhida. Se lá ela não precisaria peregrinar. Se lá ela precisaria chorar por sentir que não faz parte, por estar subordinada às leis de outras mulheres. Se lá ela se sentiria 100%. Se lá ela se sentiria livre. Talvez, tudo fosse diferente, mas, como saber? E como era conviver com essa dúvida? Talvez fosse como conviver por 1 ano e 6 meses, esperando alguém dizer se o seu bilhete foi novamente sorteado na loteria.

TRANSPONDO O IMPASSE: O QUE PODE MUDAR?

Colo para recarregar as baterias

“Eu fico em casa com os meus filhos, não tenho para onde ir, família para visitar. Falo por telefone com a minha mãe e choro. A minha vó fala comigo e chora.” (Nina)

Já estamos nos aproximando do final do trabalho proposto, ou seja, 12 encontros de intervenção. **Nina** se arrisca mais a iniciar conversas. Em geral, conta algo que **Daniel** fez ou está fazendo, em termos do seu desenvolvimento. Como no início, não fala espontaneamente da sua terra natal, família extensa ou preocupações com os filhos e marido, mas se perguntamos, responde. Foi assim que nos disse sobre chorar quando fala com a sua mãe. O natal se aproximava e questionamos como seria para ela ficar longe dos pais.

Na sala, **Daniel** tinha um movimento interessante, que era de explorar todos os cantos, mesmo que tivesse que se afastar de nós. Porém, de tempos em tempos, se aproximava da mãe e queria seu colo. Ganhava um abraço desta e podia se afastar novamente. Parecia que precisava recarregar as baterias com afeto e segurança antes de poder ir para o mundo, no caso, o mundo daquele espaço onde nos encontrávamos semanalmente. Pensamos se **Nina** não estava contando algo muito similar que vivia com a sua própria mãe. Talvez ela precisasse vê-la por segundos, ganhar um abraço para conseguir passar mais um ano longe.

Nesse clima de festas de final de ano, esperança com o que vem com o ano que chega e um se sentir mais a vontade, acolhida, **Nina** pôde contar não só sobre o seu choro de saudade de sua mãe, mas, trouxe dois sentimentos que ainda não tinham aparecido, o de felicidade por ter com quem contar e poder contar com alguém: *“Estou feliz que a minha irmã vem para o natal. Ela e a minha outra irmã, a que mora aqui, vão poder me ajudar.”*

Como em outros momentos, fiquei curiosa para saber sobre a sua cultura, os seus costumes. Assim, perguntei-lhe como era o natal na Bolívia. Já havia feito outras perguntas como essa. Acredito que isso tenha contribuído para **Nina** se sentir entre iguais, mesmo sabendo que éramos diferentes.

Em sua região, no seu país, eles organizam uma ceia no dia 24 de dezembro, decoram a casa com tema natalino, montam a árvore de natal, trocam presentes. Costumam fazer churrasco e estavam programando fazer um aqui, nesse natal.

Aos pouquinhos, vamos conhecendo a força de **Nina**, essa mulher de voz tranquila, tom baixo e com a mesma modulação. Antes tarde do que nunca! Ela nos explica que na Bolívia é comum as pessoas terem nome composto, mas ela não sabe a razão. Ela e os filhos têm dois nomes, o marido não. No caso dos meninos, ela escolheu um e ele outro. Por mais que no registro o nome escolhido por H. venha primeiro, no dia a dia, são os nomes escolhidos por ela os eleitos pela família para chamarem F. e **Daniel**.

Por meio de um gesto muito sutil, também conhecemos a mãe carinhosa e a criança dentro de **Nina**. Ela passou a dar mais colo para **Daniel**, a beijá-lo e a jogar bola com ele. Tanto jogava para ele, como o segurava e o ajudava a chutá-la. Um dia, contou que ele ainda mamava e que estava se interessando por bonecas, apesar de não ter esse

brinquedo em casa – na nossa caixa havia uma – e assim, vimos o seu olho brilhar pela mamadeira de brinquedo.

Nina está sentada e Daniel está próximo dela. Vejo que ela me observa arrumar a caixa de brinquedos, pois estamos no fim do horário. Parece interessada por todos aqueles objetos. Ela conta que o filho não quer saber de largar o seio ainda. Pego a mamadeira e mostro para ele. Digo que o líquido aparece e desaparece, conforme fazemos um movimento com a mesma. Era como a porta que abria e fechava, a tampa da caixa que dava para ser tirada e colocada, etc. O olho de Nina brilha e estendo a minha mão, passando para ela a mamadeira. Ela pega a mesma sem titubear e mostra para Daniel, dizendo: Você quer leite? Olha aqui.

Como vemos nesta passagem, a intervenção possibilitou que a mãe saísse do isolamento em que vivia, para se conectar com o filho via o brincar. Acreditamos que, ao se sentir acolhida, Nina pôde se conectar com os seus objetos internos mais vivos, mostrando o seu interesse pela mamadeira. Ao percebemos tal interesse, criamos a ponte para que eles se aproximassem e compartilhassem a experiência que estavam vivendo ali, no presente.

Nina também parecia bem feliz com a relação que os filhos estavam desenvolvendo. Com frequência, passou a contar que Daniel imitava o irmão, queria tudo que era dele, sempre o buscava para brincar. Parecia que falava que ninguém mais estava só. F. ganhou o irmão companheiro. Será que também falava da sua esperança de não se sentir mais tão solitária?

“O F. cuida do Daniel. Um dia o Daniel estava chorando e falei para F. deixar ele. Ele ficou bravo comigo e disse que o irmão tinha batido a cabeça, e que eu não cuidava dele. Outro dia eu briguei com ele e ele disse que o coração dele estava partido, porque eu tinha brigado com ele. Eles são carinhosos e eu também sou com eles.” (Nina)

Apesar de contar da sua solidão e do quanto ficava triste com isso, falou que gostava desta, solidão. Quando isso acontecia, em geral, aos domingos, quando H. e F. saíam e **Daniel** dormia, ela tinha tempo para fazer as suas coisas. *“Eu gosto da solidão. Meu marido sai com F. para jogar bola e quando **Daniel** dorme, tenho tempo de fazer minhas coisas.”* Entendemos que ficar só era bastante diferente de se sentir solitária e conversamos com **Nina** sobre isso. Talvez, ali nas intervenções, ela não se sentisse mais tão solitária, ainda que ficasse só, com os seus pensamentos e sentimentos.

No nosso último encontro, **Nina** contou de uma chateação nova com a cunhada. Isso nos fez pensar que, provavelmente, conseguimos dar os braços e formar um país. Ela já não era a única nesse novo território. Nele, havia quem a ouvisse e legitimasse o que sentia. Talvez, fossemos um pouco as amigas que ficaram para trás na Bolívia, que ela ficava curiosa para saber se ainda estariam por lá, como nos tempos em que conviviam, ou se já haviam se transformado em amigas que para sempre estariam nos arquivos de sua memória, mas já não dividiam uma vida.

“Agora nas férias o filho da minha cunhada vai para a minha casa, porque ela trabalha lá, na confecção. Enquanto ela trabalha, eu cuido dele e dos meus filhos. Às vezes eles brigam, as crianças. Ele tem 4 anos. Um dia eu chamei sua atenção e ela não gostou. Falei para o meu marido que tem horas que dá vontade de ir embora. Eu tenho que fazer comida, cuidar das crianças. Não me sinto a vontade para falar nada, mesmo com os meus filhos. Um dia eu dei bronca no F. e coloquei ele de castigo. Ela – cunhada – saiu do banheiro e me repreendeu. Falei que eu tinha meu direito. O menino ficou assustado – F. Peguei ele e saí. Ela veio atrás e puxou meu cabelo. H. veio e separou. Nem sempre ele fica do meu lado.” Nessa hora, na intervenção, **Daniel** vem e lhe abraça. Digo que **Daniel** sempre está ao seu lado. Ela o beija e diz: *“Sim, ele sempre está.”* (**Nina**)

Ao mesmo tempo em que ouvi essa história como um pedido para estendermos o nosso tempo juntas, pois agora era mais possível falar, falar sem resignação, falar sem precisar correr e colocar o outro só como alguém bom, falar e ser ouvida, falar, pois o falar pode fazer com que as coisas mudem, também ouvi como uma história que falasse dessa **Nina** corajosa, que tinha voz, que enfrentava.

Ainda que **Nina** falasse até o último dia “*acho que vou*”, quando eu ligava na tarde anterior ao nosso encontro para confirmar o mesmo, o que me deixava sempre em dúvida se ela queria as intervenções, acredito que ali, ao longo dos três meses que nos vimos, um encontro verdadeiro foi possível. Torço para que ele fique registrado dentro dela e que ela possa visitá-lo sempre que o desejar. Talvez assim, nunca mais se sentirá solitária, esteja ela onde estiver.

Gostaria de encerrar dividindo com vocês, leitores, que essa dupla mãe-bebê foi a dupla que fez eu me perguntar o que estávamos vivendo ali naquela sala, durante aqueles 12 – um pouco mais ou um pouco menos – encontros juntos. O que fazia essas mães dividirem a sua história, dores e amores, comigo e com a co-terapeuta? Em que lugar ficavam os seus bebês quando estávamos juntas? E qual era o impacto dessas horas vividas entre nós, três mulheres, para a relação de cada díade?

QUADRO RESUMO

Configurações Parentais: Ingredientes da Parentalidade

	Daniele e Alice	Janaína e Juliano	Regina e Renan
Imagem de si	<p>“Sempre fui desprezada... eu sofria <i>bullying</i> na escola e isso deixa marca.”</p> <p>“Eu sou forte e faço.”</p> <p>Inadequada, por pensar diferente.</p> <p>Fraca.</p> <p>Sozinha.</p> <p>Dura.</p>	<p>Alguém que contava sobre muitos traumas.</p> <p>Impaciente, que não atinge os próprios objetivos: “Eu já não ando mais tão paciente como eu era antes... Eu falhei. Eu não atinjo os meus objetivos.”</p> <p>Cansada.</p> <p>Atormentada.</p>	<p>Sentia-se presa dentro de si mesma, sem conseguir levantar.</p> <p>Alguém que está sempre cedendo: “Estou sempre cedendo. Mas fico feliz, porque cedo para prioridades. Sou eu que escolho assim, tomo a decisão. Não sou influenciada.”</p> <p>Alguém que faz a sua parte.</p>
A figura materna: a mãe da mãe	<p>Via-a com admiração. Batalhadora, livre, criou os filhos para o mundo.</p> <p>Que sabe das coisas. Disse que Daniele casaria com E. e se cumpriu.</p> <p>Queria ser professora e não foi. Ela, Daniele, é. Rivalidade?</p>	<p>Batalhadora, simples e de muita cultura.</p> <p>Alguém que quis dar um pai para os filhos.</p> <p>Gosta de cuidar, afetiva.</p> <p>Paciente.</p>	<p>Forte. Criou os filhos sozinha.</p> <p>Coração mole: “Ela deixa os netos e os filhos fazerem o que quiserem com ela. E ninguém pensa nela.”</p>
A figura paterna: o pai da mãe	<p>Via-o com admiração.</p> <p>Batalhador, livre, criou os filhos para o mundo.</p>	<p>Paciente.</p> <p>Adorava os netos.</p>	<p>Não era carinhoso.</p> <p>“Meu pai é psicopata, desprovido de sentimento.”</p> <p>Só se importava com dinheiro.</p> <p>Alguém que tentou separá-la do seu marido e filhos, por acreditar que eles a impediam de crescer na vida.</p>

			Avô ausente: “Avô que demora dois anos para vir ver os netos.”
O marido	<p>“Agora que E. está construindo o papel de homem da casa.”</p> <p>“Falta coragem de viver, de se cuidar.”</p> <p>“O meu marido não foi capaz de perceber que eu estava ali e tinha acabado de dar a luz. Eu precisava de tempo.”</p> <p>Existia a possibilidade dele, marido, estar no espectro do autismo.</p>	<p>Alguém sensível, mas que não demonstra: “Eu sei que ele sente, mas ele não gosta de demonstrar.”</p> <p>Calmo e prático.</p>	<p>“Devagar, muito dependente de tudo.”</p> <p>Super protegido pelos pais.</p>
O pai	Daniele chegou a falar algumas vezes que o marido a ajudava com os cuidados com os filhos.	Janaína comentou que ele era bastante paciente e brincalhão. Quando em casa, ajudava com os cuidados com os filhos.	<p>Ajudava muito com os filhos.</p> <p>“É uma segunda mãe para os filhos. O pai que prefere chegar atrasado no serviço para fazer café da manhã para os filhos e comprar o pão que o Es. gosta.”</p>
Relação* mãe-bebê	<p>Difícil ver as competências da filha, pois temia que ela fosse diagnosticada com autismo posteriormente.</p> <p>Poucos momentos de brincadeira entre mãe e filha.</p> <p>Necessidade da mãe de falar de si e de suas angústias.</p> <p>Atendia Alice quando ela chorava.</p> <p>Diferenciava os choros da bebê.</p>	<p>Permeada por muita ansiedade.</p> <p>Brincavam juntos.</p> <p>Muita troca de carinho.</p> <p>Mãe atenta aos sinais do bebê.</p> <p>Necessitava falar de si.</p>	<p>Apontava com frequência as competências do filho.</p> <p>Conversava bastante com ele.</p> <p>Propunha pouca brincadeira.</p> <p>Mãe liderava a interação – escolhia o brinquedo para Renan e mostrava como o mesmo deveria ser usado.</p>

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as mães

	Pillie e Sarah	Maria e Gracia	Nina e Daniel
Imagem de si	Era uma ativista em seu país, mas hoje, tem medo de protestar.	Sente-se mãe, mas ainda é bastante filha. Não conseguiu se separar dos pais, sobretudo da mãe. Paciente com as crianças.	Alguém que está sobrecarregada. Não se sente 100% morando fora do seu país. Muito reclusa da vida social.
A figura materna: a mãe da mãe	Mulher forte, que criou os filhos sozinha. Pillie não entende como aceitou de volta o marido, depois dele ter deixando-a, regressando posteriormente.	Pouco carinhosa. Não parece torcer para que os filhos independam dela. Que vai atrás dos filhos, homens. Por outro lado, sempre cuidou de todos.	Não falou muito da personalidade da mãe, apenas, que sentia muitas saudades dela. Morava em sítio, mas conseguiu proporcionar estudo para os filhos.
A figura paterna: o pai da mãe	Não deu outro detalhe a não ser este, de que ele havia deixado o lar, retornando muito anos depois.	Batalhador, que trabalhava para dar uma vida melhor a todos. Por outro lado, não se posicionava. “Meu pai não fala nada.”	Pai batalhador, como a esposa. Criou os filhos com regras e bastante unidos. “Quando meu pai batia em um, todos choravam.”
O marido	Não disse para ela que não havia se separado legalmente da primeira esposa. Não compartilhavam das mesmas crenças religiosas. O que os unia? Provavelmente, o cuidado. Responsabilizou-se por tudo que se referia a vida deles fora de casa: contato com as escolas dos filhos, com o CAPSi, conosco. Pedi que ajudássemos Pillie, pois a via deprimida.	Alguém que a ajudava a perceber que a mãe já tinha feito o que podia por ela e agora ela tinha que seguir a sua vida. Defensor. “Fez o que os outros homens da família deviam ter feito.” Quis entender a nossa proposta de trabalho: Interesse x Controle?	Alguém com quem era bastante unida. Porém, não sabia se conseguiram formar uma família. Ele, muitas vezes, parecia mais o irmão de alguém do que seu esposo. Tomou a frente no contato conosco, pesquisadoras, agendando as intervenções.
O pai	Carinhoso. Os filhos sentem falta dele quando passa muito tempo no trabalho. Mas alguém que andava muito estressado, violento com os filhos,	Carinhoso. Ajuda nos cuidados com os filhos.	Carinhoso. Sai com o mais velho aos domingos, para jogar bola. Também, é uma

	repetindo a própria história com o seu pai.	Como ela, protegeu muito o filho mais velho.	forma de ajudar nos cuidados.
Relação* mãe-bebê	<p>Pouca interação.</p> <p>Pouca modulação da voz, convidando para o contato. Porém, mãe carinhosa.</p> <p>Filha pouco expressiva no contato.</p> <p>Dorme bastante.</p> <p>Contudo, bastante apegada, querendo colo a todo momento.</p>	<p>Difícil de se separarem.</p> <p>Gracia dorme bastante nas intervenções: Percebe que a mãe precisa falar?</p> <p>Pouco brincam. Mas há interesse pelos brinquedos por parte da criança.</p>	<p>Há troca de carinho. Nenhuma brincadeira conjunta. Daniel explora a sala, mas sempre volta para o colo da mãe.</p> <p>Nina é bastante preocupada e não quer que ele se machuque. Mais preocupada com o fazer as coisas para os filhos.</p>

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as díades

Repetição ou Elaboração? Enfrentando o Autismo

	Daniele e Alice	Janaína e Juliano	Regina e Renan
Gravidez planejada	Sim, as duas.	A primeira sim, a segunda não.	Sim, as duas.
O bebê e o seu lugar na família	<p>“Eu queria para a minha filha um nome que começasse com a letra A, porque são nomes fortes. Dei para a minha filha o mesmo nome de duas alunas que tive. Elas eram meigas e espertas.”</p> <p>Querida que V. aprendesse com Alice.</p> <p>Quis ser mãe novamente para viver a maternidade de forma mais leve.</p>	<p>Não queria que Juliano se sentisse responsável pelo irmão, mas desejava que ele o fizesse por amor.</p> <p>Um bebê ativo, que interagia e respondia ao outro.</p>	<p>Esperto.</p> <p>Carinhoso, fazia gracinha quando o pai chegava em casa. Também, fazia pirraça.</p> <p>Estimulava o irmão. Ensinava-o travessuras.</p> <p>Alguém que veio para trazer esperança na vida e, também, para cuidar do irmão: “O fato de ter o Renan, uma criança esperta, super inteligente, dentro dos padrões normais, me dá tanta força de expectativa de vida, de futuro, para cuidar do Es. também.”</p>
Relação dos irmãos	<p>“Isso me deixa feliz... ele sorrindo para ela e ela gargalhando. A pessoa com quem ele mais interage é a Alice. Para ela, ele será um exemplo.”</p>	<p>Janaína disse que eles interagiam e que P. importunava o irmão, mas não o machucava.</p>	<p>Regina contava que eles eram muito próximos: “É um grude com esse irmão. Agarra e deita no colo dele. O Es. agora está carinhosos com ele também, beija, passa a mão no cabelo.”</p> <p>Também, que um estimulava o outro.</p>
Relação* mãe-bebê	<p>A interação ainda não abrangia o brincar conjunto, mas era frequente a troca de olhares e o manhês.</p>	<p>Janaína começava a se dar conta que o seu medo de que Juliano viesse a ser diagnosticado com autismo era irracional, uma vez que ele era um bebê que interagia.</p>	<p>Passou a brincar um pouco mais com o filho.</p>

	<p>Daniele começava a falar da filha como uma pessoa com desejos e capaz de mobilizar o outro com a sua presença.</p>	<p>Sentia-se pouco disponível para o bebê: “Estou menos paciente e menos disponível para o Juliano por conta do P.”</p> <p>Propunha brincadeiras. Tentava reconhecer os diferentes tipos de choro do seu bebê.</p> <p>Perguntava-se se o seu estado psíquico interferia no estado psíquico de seu Juliano.</p>	<p>Apontava as competências dele.</p>
<p>O lugar do TEA para a mãe</p>	<p>De limitador: “Se ele trabalhar numa lanchonete, por exemplo, eu já me darei por satisfeita.”</p> <p>Alvo de <i>bullying</i>.</p> <p>Pode pegar de surpresa: “Precisamos esperar para ver se ela – Alice – não terá nada mesmo.”</p> <p>Fica no lugar da loucura.</p> <p>Genético.</p> <p>De exclusão.</p>	<p>Pode pegar de surpresa: “Medo dele ter alguma coisa. Cada vez que eu vejo ele fazendo alguma coisa, já me tranquiliza.”</p> <p>Repetição.</p> <p>Dificulta a interação social: “A gente tem um freio social e parece que ele veio sem esse freio.”</p> <p>Isola.</p> <p>Imprevisível.</p> <p>Algo que a deixa em alerta e lhe rouba a paz e a paciência.</p> <p>Muda a vida: “Eu estava numa fase que ia trabalhar, ganhar dinheiro, estudar. É egoísmo sentir isso, pois um filho não impede a gente de viver isso.”</p>	<p>Não era algo que poderia pegar de surpresa, mas ainda necessitava confirmar se, realmente, não existia chance do filho bebê ser diagnosticado com TEA posteriormente.</p>
<p>Rede de apoio</p>	<p>Contava com a mãe e a sogra para cuidar de Alice e V., quando ele não estava na escola e ela estava trabalhando.</p>	<p>Contava com uma funcionária em casa e com a família do marido, que morava perto.</p>	<p>Contava com o marido, mãe e sogros nos cuidados com os filhos.</p>
<p>Solidão</p>	<p>“A mãe da criança especial fica excluída.”</p> <p>“Eu sou dura, eu julgo, mesmo que sem querer, e isso, talvez, me afaste dos outros.”</p>	<p>“Agora eu recebo pouco convite para festa de aniversário, por causa dele.”</p>	<p>Contou que os convites para festas diminuíram muito.</p> <p>Falou da solidão da mãe de um filho “especial”.</p>

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as díades

	Pillie e Sarah	Maria e Gracia	Nina e Daniel
Gravidez planejada	Não. Mas o casal não evitava filhos.	Não. Chorou muito quando soube.	Sim. Queriam que o filho mais velho tivesse companhia.
O lugar do bebê na família	Queriam ter uma menina, mas não estavam mais tentando.	A princípio, não foi identificado um lugar para Gracia. Posteriormente, foi se construindo o lugar da filha que responde, que se desenvolve como outras crianças, que não têm TEA.	O de companheiro do irmão. Muitas comparações entre o desenvolvimento deles. Parecia ainda não ter digerido o diagnóstico do filho mais velho, sendo difícil olhar para Daniel.
Relação dos irmãos	Pillie não fala da relação de Sarah com os irmãos. Nas intervenções, pelo menos dois deles estão presentes. Eles a percebem e vice-versa, mas não interagem.	Comentou uma única vez que a filha percebia a presença do irmão e queria brincar com ele.	Daniel buscava bastante o contato com o irmão e queria tudo o que era seu: Imitação e rivalidade?
Relação* mãe-bebê	Ainda, bastante constrita em termos de vivacidade e criatividade na troca. Sarah continua buscando o colo da mãe. Pillie começa a falar dela como uma pessoa com personalidade: coisas que ela gosta de fazer, com quem se parece, etc.	Gracia está mais ativa. Fica mais tempo acordada, se interessa pelos brinquedos, mostrando-os para a mãe. Porém, ainda lhe é difícil se afastar desta.	Começa a surgir brincadeiras conjuntas. Jogam bola. Bastante troca de carinho. Daniel abraça a mãe quando a percebe triste.
O lugar do TEA para a mãe	Da luta incansável.	Não se sabe a causa, se tem algo fisiológico e/ou do ambiente, como a forma que os pais criam os filhos. Que não impede o desenvolvimento.	Da confusão. Periginou para ter a confirmação do diagnóstico, que ainda não aconteceu.
Rede de apoio	Conta com a ajuda do marido.	Conta com o marido.	Conta com o marido.

	Escolhe as professoras dos filhos como madrinhas de batismo deles. Buscando uma rede?	Tem a ajuda dos pais, pois moram na mesma casa.	Se tiver alguma urgência, conta com a irmã, mas não gosta de pedir favor, pois não acha justo, uma vez que ela trabalha bastante.
Solidão	<p>Sente-se muito sozinha.</p> <p>O marido brigou com o cunhado, o que a afastou da irmã.</p> <p>Reclama que não tem para onde ir e que os bolivianos não são unidos.</p> <p>Vai ao culto e conversa bastante com as professoras dos filhos.</p>	<p>A solidão aparece na relação com a mãe. Sente-se excluída da relação que esta mantém com o filho mais velho.</p> <p>Não fala de amigos, porém, não reclama em relação a se sentir só.</p> <p>Tem bastante contato com as irmãs, que também moram em São Paulo.</p>	<p>Sente-se muito sozinha.</p> <p>Chora com frequência, com saudade da mãe, dos amigos, da Bolívia.</p> <p>Não faz parceria com as cunhadas e não dá muitos detalhes da relação com a irmã, que mora na sua casa. O trabalho ocupa muito a vida de todos.</p> <p>Gosta da solidão, para fazer as suas coisas. Não diferencia estar só de solidão.</p>
Ser migrante	Sente-se isolada e com medo. Assim, fica muito reclusa.	Não faz diferenciação. Mas, não se relaciona com outras pessoas, a não ser os seus familiares e parentes.	<p>Não se sente inteira fora do seu país.</p> <p>Não sai de casa. Só trabalha.</p>
Linguagem: posso falar espanhol?	As professoras dos filhos disseram que eles não vão aprender português se ela conversar em espanhol com eles. Tenta dá o seu melhor, mas tem dificuldades com o novo idioma.	<p>Fala bem o português e conversa com os filhos nos dois idiomas. Quer que eles aprendam ambos, para não ficarem excluídos.</p> <p>A diferenciação com os brasileiros se dá via língua: Fala português, mas teme qual exclusão?</p> <p>O pediatra apontou que a filha está vocalizando pouco para a idade. Pareceu não se preocupar com tal fato: Negação das diferenças?</p> <p>Quando está brava, se expressa melhor em espanhol: Mais natural?</p>	A professora do filho mais velho a orientou falar português com ele, mas ela tem dificuldades. Deixa para o marido a tarefa de ensinar, pois ele fala melhor esse idioma.
Sonhando com a Bolívia	Não voltou mais para lá, desde que chegou aqui.	<p>Nunca mais voltou desde que aqui chegou.</p> <p>Agora, planeja ir de férias, como as irmãs, ou até morar:</p>	Quer voltar, mas não sabe se vai encontrar a Bolívia que deixou. Nunca mais

	<p>Sente saudades das comidas, dos cheiros, da mãe.</p> <p>Sonha com uma possível viagem para lá.</p>	<p>Separação em relação a própria mãe como não repetição do sintoma ou <i>acting out</i>?</p>	<p>voltou desde que veio para cá.</p> <p>Quando pensa em voltar, fala que aqui está melhor. Vive essa ambiguidade diariamente.</p>
--	---	---	--

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as díades

Transpondo o Impasse: O que Pode Mudar?

	Daniele e Alice	Janaína e Juliano	Regina e Renan
Planos futuros	Voltou a trabalhar. Concluiu uma pós-graduação. Queria que a filha aprendesse órgão.	Voltou a trabalhar temporariamente. Queria estudar.	Queria trabalhar. Colocou Renan na creche. Queria tirar habilitação para dirigir.
O que mudou: o bebê é o mesmo?	Alguém com competências, capaz de se comunicar com o outro, de mostrar seus interesses próprios: “Bravinha. Reclama quando não tem atenção.” “Esperta.”	O que Juliano fazia foi ganhando sentido: Por exemplo, o choro ao mamar foi entendido como um pedido para a sua mãe ficar em silêncio e se conectar a ele. Foi ganhando status de sujeito.	A medida que Renan crescia, Regina parecia acreditar no que antes podia ser só uma fala, expressão de desejo. Ele realmente se desenvolvia bem, era visível. Isso a deixou mais calma. Ela se divertia com as descobertas dele.
Relação* mãe-bebê	Daniele podia ver as competências da filha, lhe oferecia brinquedos, falava por ela.	Janaína estava mais calma em relação ao desenvolvimento de Juliano: “As vezes eu fico bolada, mas eu vejo que tem várias coisas diferentes.” Passou a vê-lo como um indivíduo e não mais como a possível volta do TEA.	Regina estava um pouco mais tranquila com o desenvolvimento de Renan e com a sua entrada na creche. Durante as intervenções, não se adiantava tanto ao brincar com ele, sendo menos intrusiva.
O lugar do TEA para a mãe	Passou a ser mais aceito. Existe um ser humano no autismo: “Vejo que ele progride num ritmo próprio.”	A pessoa com autismo é um sujeito: “Eu quero controlar e o P. eu não controlo. Isso me pira. Agora o P. percebeu que ele tem querer.”	Permaneceu como antes, pois a mãe já via o filho como sujeito: “Ele é um rapazinho, não faz xixi na calça”. Mas ainda era causador de sofrimento tal diagnóstico.
O lugar da intervenção	Ressaltou as competências da bebê: Daniele foi lembrando de coisas que V. não fazia na idade de Alice. Lugar para se falar quase tudo. Espaço de acolhimento da solidão.	Um lugar para falar, amadurecer e se conhecer: “Quando a gente fala, parece que a gente amadurece. A gente se conhece e se entende.” Passou a se questionar mais e questionar o outro. Possibilitou que ela entrasse em contato com as próprias	Um lugar que possibilitou que ela entrasse em contato consigo mesma e pudesse se mostrar para o outro, na relação: “No começo de terapia a gente é armada, depois a gente se solta.” Um lugar que pudesse lhe dar a certeza de que seu

		<p>angústias: “Eu estou sendo ruim hoje. Não é bom uma pessoa que está sempre triste, angustiada.” “Minha ansiedade diminuiu muito do início para cá.”</p> <p>Um lugar para ela e seu bebê, para ajudá-la a subjetivá-lo: “Quando eu venho aqui, sou eu e o Juliano. Me faz olhar para ele como indivíduo, porque ele precisa.”</p>	<p>bebê não estava dentro do TEA e para conversar: “Quis participar da intervenção para comprovar que o Renan era normal e para conversar. Essas conversas para mim fazem bem.”</p>
--	--	---	---

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as díades

	Pillie e Sarah	Maria e Gracia	Nina e Daniel
Planos futuros	<p>Quer estudar psicologia. Antes, queria ser enfermeira. Sempre na área da atenção a saúde.</p> <p>Busca melhores oportunidades de tratamento para os filhos (fono para os mais novos) e sobrinha. Cuida da saúde dos outros.</p>	<p>Morar na sua própria casa, com o seu marido e seus filhos.</p> <p>Talvez, mudar para a Bolívia.</p>	<p>Queria ir para a Bolívia.</p> <p>Estava feliz em ter as irmãs em sua casa, no natal.</p> <p>Queria trabalhar na confecção.</p> <p>Mostrava-se mais ativa quanto a se posicionar.</p>
O que mudou: o bebê é o mesmo?	<p>Pillie já fala da filha como alguém que faz coisas, mostrando que ela é uma pessoa que existe e não só está ali, no seu colo, muito apegada via o contato físico.</p> <p>Há brechas para o psíquico aparecer.</p>	<p>Nina percebe o desenvolvimento da filha e a compara com o filho mais velho. Diz que ela é esperta e brava: “Ela joga a boneca longe quando vê que eu vou sair.”</p> <p>Começa a se preocupar com a relação mais simbiótica entre elas e quer ajudar a menina a encontrar um brinquedo preferido – objeto transicional.</p>	<p>Tem a oportunidade de experimentar outros sentimentos na relação com Daniel.</p> <p>Fica feliz que ele já fala mamãe, a reconhecendo.</p>
Relação* mãe-bebê	<p>Sarah começa a interagir mais com o outro, olhando e balbuciando. Mostra-se mais ativa. Ela e a mãe</p>	<p>Gracia consegue se afastar mais da mãe e incluir outras pessoas em sua brincadeira.</p>	<p>Nina se interessa pelos brinquedos que Daniel se interessava e propõe novas brincadeiras.</p>

	estão mais vivas: Uma retroalimentou a outra?	Maria, já pode entrar no jogo – brincar – com a filha. Começa a fase do desmame.	Segue com bastante troca de afeto. Porém, ele ainda se afasta bastante, explorando os cantos da sala. Um bom sinal ou não?
O lugar do TEA para a mãe	Algo que se colocou em sua vida. Ela não entendia as razões, mas sabia que agora o importante era agir, sempre buscando tratamento.	Tinham que lidar com ele, mas via a evolução do desenvolvimento do filho.	Continuava buscando entender tal diagnóstico. Parecia, ainda, da ordem da não representação.
O lugar da intervenção	Parecia se sentir ouvida. Ainda me manda mensagens de texto, buscando encaminhamentos ou, apenas, dizendo que continua ali. Pôde ser buscada por mim, ao não me procurar depois que mudaram de casa, como o combinado. Também queria ser cuidada? Ainda, algo não pôde ser dito, permanecendo de fora, impedido de ganhar novas representações.	Um espaço para falar das angústias e conflitos. Proporcionou <i>insights</i> . Porém, mostrou dificuldade de continuar os encontros no último mês.	Espaço onde foi acolhida e ouvida. A sua forma de poder ser mãe foi legitimada quando foi autorizada a falar a sua língua com o filho. Consegue falar mais de si e pede, indiretamente, mais um encontro.

* Resultado das minhas observações durante os encontros de intervenção com as mães

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO GERAL

Sobre os caminhos da pesquisa

Após um longo caminho percorrido, chegamos ao capítulo onde são feitas as considerações a partir do material obtido nas intervenções. Foram inúmeras etapas até aqui. Passou-se pelas questões burocráticas, presentes em qualquer pesquisa, para se chegar ao campo. A construção do mesmo, que sempre traz consigo adversidades, o aceite das famílias, os encontros de intervenção e a sustentação desse espaço, o se debruçar no material, o aguentar a angústia gerada pela confusão diante de tanta informação, o escrever solitário, a organização das ideias, a exposição dos achados do estudo e as considerações finais.

O intuito aqui é nos deter, mais especificamente, nas reflexões e conjecturas a partir dos estados psíquicos das seis mulheres para as quais propusemos intervenção na relação com os seus bebês, após se tornaram mães novamente depois de terem um filho diagnosticado com autismo, sendo três delas migrantes. Quais os caminhos elas puderam percorrer e quais os recursos dos quais se valeram para a construção da parentalidade diante dessas vulnerabilidades foram o nosso ponto de partida.

Diversos autores apontam que o processo de parentalidade não está dado, mesmo quando a mãe não vive nenhuma situação vulnerável, pois ele depende de alguns fatores. Dentre eles, a mulher poder caminhar do seu narcisismo inicial até ser possível para ela ver e se relacionar com o bebê real, um outro diferente dela. Diante de vulnerabilidades esse processo pode se tornar mais complicado.

Observamos que o autismo provoca uma ferida no narcisismo dos pais, levando ao descrédito de que serão capazes de assumir esse papel. Além de toda a sobrecarga relativa aos cuidados da criança com TEA, deixando os primeiros mais suscetíveis ao estresse. Por sua vez, a migração coloca os pais diante do desafio de confiarem na sua capacidade de parentarentalizar, quando não se encontram na cultura de origem, podendo não ter a legitimação que se faz tão importante para que essa confiança se estabeleça. No mais, em ambas as situações, há que se enfrentar a solidão – que nos casos aqui descritos, já se fazia presente no psiquismo das mães, quase como constituinte delas, antes do autismo e da migração. Então, foram essas vulnerabilidades gatilhos para que elas continuassem no isolamento? Somando-se a isso, pensamos na solidão própria da maternidade no puerpério, intensificando ainda mais a presença dessas vulnerabilidades.

Procuramos mostrar como essas questões foram aparecendo nos encontros de intervenção, entre pesquisadoras e díades, como puderam ser ou não puderam ser elaboradas e como esse espaço pôde ser experienciado por todos os presentes.

Como o material acumulado é extenso, escolhas tiveram que ser feitas. Assim, destacamos as similaridades e diferenças entre as díades, sem deixarmos de incluir o que pertencia à subjetividade de cada um envolvido nessa relação, partindo da repetição e do que se mostrou mais relevante em suas histórias.

As reflexões a seguir foram agrupadas de acordo com os temas apresentados em todos os casos e que surgiram da leitura do material, após os vídeos dos encontros de intervenção serem assistidos. São eles: Configurações Familiares: Ingredientes da Parentalidade, Repetição ou Elaboração? Enfrentando o Autismo e Transpondo o Impasse: O que Pode Mudar?

Configurações Familiares: Ingredientes da Parentalidade

Os fantasmas da parentalidade: Um resgate

Durante os encontros com as seis mães e os seus bebês, sobretudo os primeiros, todas elas contaram um pouco da sua história: como eram as famílias de origem, algumas lembranças da infância e do tempo que eram crianças, a relação com os próprios pais e os conflitos presentes nesta, bem como no que se espelhavam neles para serem mães e o que não gostariam de repetir. Também, dividiram a imagem que tinham de si mesmas, como viam os seus companheiros enquanto parceiros de vida e pais dos seus filhos.

Esse resgate parecia ir além de uma apresentação para que pudéssemos conhecê-las, saber de onde vieram para entendermos o presente. Parecia uma maneira de contarem a própria história, pare se ouvirem e elaborarem alguns fantasmas no quarto do bebê (FRAIBERG, 1980), – que se referem aos conflitos inconscientes, que permanecem ainda sem significado e são repetidos com o passar das gerações – o que podemos pensar ser uma etapa do processo de parentalização, que engloba o intergeracional, onde ligações e transformações ocorrem, e o transgeracional, que diz respeito ao que foi transmitido em estado bruto, não podendo ser inscrito psiquicamente nos pais, ficando depositado nas crianças (FOLINO, 2014).

O interessante é que, desde o início, essas mulheres captaram que ali era um lugar possível de se conversar sobre o todo mencionado. Talvez, por conta da proposta ser com a díade e pelo fato da gravidez e o pós parto serem momentos nos quais a mulher fica mais sensível, sobretudo, devido ao que foi apontado por Bydlowski (2002, 2007), como transparência psíquica. Folino (2014), compartilha a sua hipótese de existir uma demanda de cuidado, de escuta e contenção das angústias e incertezas desses períodos.

No entanto, como em toda relação, a nossa, minha com essas mães e seus bebês, precisou ser construída. Regina falou sobre isso ao comentar que é preciso tempo para se abrir com o psicólogo. Mesmo depois desse tempo ter se passado, algumas delas não puderam falar sobre determinadas questões nesse nosso espaço.

Daniele comentou não saber se ali se podia falar sobre determinados assuntos que não a maternidade e o autismo presente na família. Ela tinha o desejo de falar sobre o casamento e sua escolha em relação ao marido, pontos que conseguiu trazer algumas vezes, mas não aprofundou. Pillie, disse no nosso último encontro que havia algo que não tinha sido possível para ela dividir, pois não conseguia falar sobre isso com ninguém. Minha fantasia era de um suposto abuso sexual sofrido por ela. Em ambos os casos, o que era da ordem da sexualidade – era uma hipótese no caso de Pillie – parecia não caber ali.

No caso de Daniele havia uma rigidez dela consigo mesma, algo que ela apontou. Talvez, por isso, fosse mais difícil falar sobre sexualidade. No caso de Pillie, pareceu-me que algo da esfera do traumático ainda permanecia imaturo para ser revisitado (FÉDIDA, 1999).

Como vimos anteriormente, no primeiro capítulo deste estudo, alguns autores (FREUD, 1914/2010a; STERN, 1997; SZEJER, 2002) pontuaram que a parentalidade é um processo que se inicia muito antes dos pais se tornarem pais e que ele é construído a cada nova gestação. Assim, o fato de todas as seis mulheres serem mães não garantiu que o mesmo já estivesse dado.

Ao lembrarem de si enquanto filhas e dos pais que tiveram, pareciam ter encontrado uma forma de retornarem ao próprio narcisismo primário, e assim, se identificarem e se diferenciarem em relação aos seus genitores no que dizia respeito a mãe que queriam ser. Esse caminho era importante para que elas também pudessem se diferenciar de seus bebês, para então construírem um vínculo.

Daniele falou da sua admiração pelos próprios pais e do seu desejo em criar a filha para o mundo, como ela mesma havia sido criada. Por outro lado, comentou do quanto se sentia só por pensar de forma diferente da mãe, da irmã, da sogra e das cunhadas, e do

quanto pôde realizar coisas que a sua mãe sonhava para si própria e não realizou – como ser professora, por exemplo. Não ficou claro se tal ponto tinha mais a ver com uma rivalidade com a mãe ou com um processo de diferenciação em relação a esta. Com Alice, vivia algo semelhante, ao sonhar para filha coisas que ela não realizou para si – como aprender um instrumento musical.

Janaína lembrou dos pais com doçura, no meio de tantos traumas sofridos por ela desde a primeira gravidez. Talvez, no seu caso, esse caminho fosse importante, para conseguir sair da dor em relação a tudo que tinha vivido até a chegada de Juliano, que não havia sido planejado. Falou da mãe como uma figura forte e dos pais como batalhadores. Por outro lado, não avançou muito nessa questão, apontando possíveis diferenças entre ela e a mãe, na forma de parententalizar.

Regina também falou da mãe como uma figura forte e batalhadora, mas ao mesmo tempo, como alguém que se deixava ser ludibriada com facilidade pelos netos. Não parecia que ela se percebia identificada com a própria mãe, em relação a esse lugar. Muitas vezes lhe era difícil ajudar os filhos a se regularem, a colocar limites na relação com eles e com o marido, a seguir os sonhos que tinha para si enquanto mulher. Parecia que seria uma mãe má se fizesse o contrário.

Pillie, Maria e Nina comentaram o quanto eram apegadas às próprias mães quando eram crianças. Lembraram-se de sentir uma saudade intensa quando não estavam com elas. Isso ainda era bastante marcante na história de Pillie e Nina com suas mães. Já Maria, seguiu um caminho um tanto diferente, no qual aparentava haver uma relação complicada entre ela, a mãe e o irmão mais velho. Com isso, ela disse inúmeras vezes que não queria ser para os seus filhos como a mãe foi para ela, pois não queria que eles se tornassem dependentes dela. Parecia estar consciente que a dependência de Gracia em relação a ela e dela em relação ao filho com autismo eram similar à sua dependência em relação à sua mãe e dessa em relação ao filho mais velho. Uma dependência que aprisionava e não ajudava a caminhar rumo à independência (WINNICOTT, 1956/2000). Por estar consciente, buscava resignificar esse conflito e construir outra relação com os filhos.

O que chamou bastante a atenção foi o fato dos pais dessas mulheres ficarem um tanto sumidos em suas histórias ou no lugar daquele que abandona ou é pouco afetivo. Maria compartilhou literalmente esse ponto em relação ao seu pai, perguntando-se onde ele estava. O pai de Regina ocupava um lugar central em seu discurso, mas como alguém “desprovido de sentimentos”. O pai de Pillie abandonou a família, retornando após 20 anos. Nina falou do pai apenas uma vez, mas com carinho, assim como Janaína e Daniele.

Os maridos, pais dos filhos, apareceram como homens menos potentes, o que ficou muito claro no caso de Daniele e Regina ou como alguém que repetia com as crianças a própria história de violência vivida com os pais, no caso de Pillie. Os maridos de Maria e Janaína pareciam oferecer mais suporte a elas, bem como o de Nina. Contudo, no caso desta última, bem como no das outras duas mães migrantes, Pillie e Maria, esses homens puderam ser, aos poucos, revelados como autoritários, o que corrobora com o que foi apontado por Jobana Moya (2019) a respeito do lugar do homem na cultura boliviana.

Além disso, Daniele, Regina, Pillie e Nina apontaram questões importantes, referentes à relação conjugal. Daniele parecia ainda ter dúvidas sobre a sua escolha de marido. Regina, conscientemente, não tinha essa dúvida, mas assimilava ser difícil para ela, em alguns momentos, ter que abrir mão do que o pai podia lhe proporcionar por conta do marido que tinha. Pillie dividiu a situação que havia descoberto em relação ao seu marido, que ele já era casado, o que pensamos poder ser uma repetição da história da sua mãe, que foi abandonada pelo marido. Todavia, no caso de Pillie, o marido abandonou outra mulher para ficar com ela, sem ela saber, pois disse que se soubesse, não teria aceitado. Nina parecia não ter certeza de que, de fato, havia formado uma família com o marido, uma vez que ele, em algumas situações, ainda fazia parceria com a sua família extensa, suas irmãs no caso, e não com ela, esposa.

Retomo esses dados aqui para pensar na questão da transgeracionalidade presente na relação dessas mulheres com seus pais e maridos. Todas elas falaram sobre ter mães fortes. Dessa forma, me perguntava como ficava a questão do feminino para elas, como essa questão influenciou a escolha do companheiro e como isso aparecia em relação à legitimidade do lugar que tinham enquanto mães. Que modelo de mães poderiam ser, sendo filhas de mulheres tão fortes?

Parentalidade legitimada

A literatura aponta que há um impacto negativo no narcisismo dos pais quando os mesmos têm um filho com questões de saúde física e/ou mental. Lidarem com o fato de que aquele bebê ou criança é uma produção deles, mas que não foram eles os determinantes para a ocorrência de tal diagnóstico é, muitas vezes, um caminho complicado e dolorido, além de ser, em alguns casos, quase impossível de ser transposto.

Outro ponto importante, como visto no capítulo dois, é que, nos caso do autismo, especificamente, há o fator genético, podendo tornar esse processo ainda mais difícil.

A maioria das mães aqui apresentadas, ao falarem sobre o autismo do filho mais velho e do temor de receberem o mesmo diagnóstico em relação ao bebê, enfatizaram o componente genético do transtorno e, de alguma forma, mais explícita em alguns casos e menos em outros, se perguntaram qual seria a parcela de culpa delas.

Daniele falou que tinha receio de dividir com os irmãos o diagnóstico do filho mais velho e eles não quererem ter filhos por conta disso. Vemos que aqui ela se insere na questão e parece se sentir culpada. Fato que é reforçado quando a sua irmã aponta para o seu jeito de ser mãe, extremamente preocupada, ser o fator determinante para o TEA do filho mais velho – que apesar de se tratar de um fator ambiental, estava presente nela, como um gene. Ela ainda compartilhou que existia a possibilidade do seu marido “ter algo” do espectro, o que a liberava da questão, pois o TEA vinha do pai.

Janaína não abordou o fator genético como preocupante, mas se apresentou como uma mãe que foi surpreendida por inúmeras situações traumáticas, inclusive a do autismo do filho mais velho. Isso me levou questionar se não seria uma forma dela dizer que algo nela e dela contribuía ou era determinante para que essas situações acontecessem.

Regina disse, inúmeras vezes, que sabia da questão genética no TEA, mas que tinha realizado um estudo junto com o seu marido e que a chance de terem filhos diagnosticados com autismo era de 1%. No entanto, a sua motivação para participar desta pesquisa era a possibilidade de confirmarmos que Renan não era um bebê com TEA.

Nina comentou que um médico lhe disse que ter mais de um filho com autismo seria como ganhar na loteria duas vezes. Parecia dizer que estava ciente da genética, mas que a probabilidade de ter outro filho com TEA era difícil. Por outro lado, penso que dividir essa fala, bem como o de ter ficado triste algumas vezes quando o filho com TEA era bebê e de tê-lo deixado cair da escada e bater a cabeça – fato apontado por outro médico como o que levou ao autismo – era uma maneira dela compartilhar o seu temor de ser a responsável por tal diagnóstico.

Maria e Pillie não trouxeram o TEA sob a perspectiva do que o teria ocasionado. Elas, poucas vezes, ao falarem sobre o autismo do filho mais velho, abordaram a questão do desenvolvimento, ou seja, o que eles conseguiam fazer e o que não conseguiam, bem como poderiam ajudá-los.

Diante disso, aparenta que para além do impacto no narcisismo, podendo comprometer a construção da parentalidade, algumas dessas mães sentiam que a forma

como eram mães ou o poderiam ser, era colocada em xeque. Sobretudo, por, já na saída, elas transmitirem aos filhos algo ruim, o autismo. Elas não eram tão fortes como uma mãe precisa ser.

No caso de Pillie, Maria e Nina a questão da linguagem também me pareceu importante no que diz respeito à legitimação da parentalidade. Moro (2005), apontou a importância da cultura como lugar onde os pais se abastecem para desenvolverem o seu próprio jeito de serem pais, bem como um lugar de ressonância para esse modelo particular de cada um. Esta autora, juntamente com Giraud (2004), ainda aponta o grupo como lugar que dá sustentação ao que foi construído ao longo do tempo junto a uma determinada cultura e sociedade. Penso que a língua se insere aqui.

As três compartilharam que as professoras de seus filhos mais velhos indicaram a importância delas falarem português com eles, pois sem isso seria muito difícil eles aprenderem tal idioma. Entendo que aqui, o grupo dos brasileiros, cidadãos do país onde elas moravam, representado por essas profissionais, não pôde acolher um dos bens mais ricos que elas podiam transmitir aos filhos, a língua materna, que é a nossa língua emocional e pela qual podemos nos expressar mais natural e genuinamente.

Entendo que para todas essas mulheres, encontrar ressonância no grupo social e cultural, como forma de se fortalecerem enquanto mães (Rochette, 2003; Moro, 2005; Giraud; Moro, 2004), se tornou mais complicado. O autismo e o fato de algumas delas serem migrantes, tendo outro idioma, por exemplo, gerava um sentimento de não pertencimento ao grupo, ou porque este não consegue acolher o que lhe parece diferente – lembrando das pontuações feitas por Knoblock (2015), a respeito dos profissionais precisarem aprender sobre a cultura da população com quem trabalham e Freud (1919/1996), a respeito do que não é reconhecido por mim como meu, é estrangeiro à mim, ficando à margem, sobretudo da cultura e sociedade – ou porque não havia confiança por parte delas de que esse mesmo grupo fosse capaz de acolhê-las.

Dessa forma, Daniele, Janaína, Regina, Pillie, Maria e Nina compartilharam, inúmeras vezes, o quanto se sentiam sozinhas por terem um filho com autismo e por serem migrantes, no caso das três últimas. A rede de apoio com a qual podiam contar se resumia ao companheiro, pai dos filhos, e às suas mães – com exceção de Pillie e Nina.

Penso ser importante ressaltar que no caso das mães bolivianas, a linguagem era apenas um representante da condição de serem migrantes. Portanto, se não fosse por esta, poderia ser que se sentissem excluídas do grupo social e cultural ao qual, nem inseridas estavam, por outros veículos. Vimos, no capítulo três, como os bolivianos podem ocupar

o território da cidade de São Paulo. Devido a maneira como chegam a nosso país e as condições de vida e trabalho às quais se encontram submetidos. Vivem reclusos, sendo difícil seu acesso aos espaços públicos, até mesmo aos serviços de saúde e de educação. É uma via de mão dupla, sendo difícil para ambos os lados, brasileiros e bolivianos, compartilharem o mesmo lugar, o do acolhimento – serem acolhidos e se sentirem acolhidos.

O bebê sem lugar

Ainda pensando sobre a construção da parentalidade, durante o trabalho com essas diádes o que mais me chamou a atenção foi a forma pela qual o espaço da intervenção, representado por mim e pela pesquisadora co-terapeuta, foi por elas habitado.

Como explicado anteriormente, esse estudo nasceu durante uma pesquisa maior, de pós-doutorado. Assim, fui a campo sem a minha pergunta de pesquisa. A mesma foi formulada a partir do que em mim foi suscitado no encontro com cada mãe e bebê. Impactou-me, no início, o quanto era difícil para estas primeiras interagirem com estes últimos. O espaço era para ambos, para observarmos como estava o vínculo mãe-bebê. Porém, deparei-me com mulheres que tinham uma necessidade gritante de falar. Falar sobre elas, seus temores, incertezas, angústias e dores, sobretudo. Eram mulheres e mães muito machucadas e que pareciam ter sido silenciadas – pelo autismo, pela migração? Perguntava-me.

Os bebês estavam de corpo presente desde o início, mas parecia ainda não terem podido nascer no psiquismo de suas mães. Isso era tão forte que eles quase sumiam do nosso espaço compartilhado. Um sumir também psíquico. Chamou-me a atenção o fato de, no início, Sarah e Gracia dormirem todo o tempo. Cheguei a questionar se isso se devia a um aspecto cultural – no sentido de serem bebês mais quietos – ou se estavam liberando o espaço para as suas mães falarem. Igualmente, chamou-me a atenção o quanto Alice e Renan gritavam, Juliano balançava o corpo e Daniel sumia pela sala, se afastando da mãe. De alguma forma, ou pela passividade ou pela atividade, eles pareciam marcar o não lugar. Dormindo ou se afastando, compartilham com o não estar presente. Por outro lado, a tentativa excessiva de mostrar que estava ali, igualmente, ressaltava o não lugar, o não presente.

Das seis mulheres, três – Daniele, Regina e Nina – quiseram engravidar novamente. Por outro lado, Janaína e Maria não desejavam ter mais filhos e Pillie não os

evitava. Portanto, quase metade do grupo das mães deste estudo corresponde ao que diz o fenômeno *stoppage* (GRONBORG, 2013).

Mesmo algumas delas não desejando engravidar novamente, isso aconteceu para todas. Alguns autores apontam para a importância do vínculo mãe-bebê e para o fato desta primeira poder antecipar este último durante a gravidez ou até mesmo antes dessa (BRAZELTON; CRAMER, 1992; WINNICOTT, 1956/2000). No caso dessas mães, essa antecipação parecia não ter ocorrido. Perguntava-me se tal fato se devia ao autismo do filho mais velho, à condição de ser migrante e/ou a alguma outra condição que as impediram de vivenciar esse processo e de atingirem a preocupação materna primária, igualmente importante para o vínculo mãe-bebê (WINNICOTT, 1956/2000).

Nenhuma delas relatou como imaginava que seriam os bebês e como foi a gestação e o parto, por exemplo. Por outro lado, todas elas falavam dos filhos como alguém que veio para contribuir com o desenvolvimento do irmão ou, pelo menos, cuidar deste – como veremos em Préstimo fraterno, mais adiante. O autismo existia antes do bebê, o que era verdadeiro e pareceu muito difícil transpô-lo para percorrer todo o caminho do bebê imaginário até o real, outro processo imprescindível para a construção da parentalidade (LEBOVICI, 1987). Quando estava presente, o bebê era o autismo – será que ele também será diagnosticado com TEA? Era a pergunta que assombrava essas mães.

Como visto no capítulo dois, pais de crianças com TEA podem apresentar mais dificuldade para se conectar com eles e com os outros filhos devido ao desgaste experienciado nos cuidados com estes primeiros, bem como a pouca reciprocidade e sintonia afetiva, que retroalimenta o vínculo pais-filhos. Ainda, a ferida que esse diagnóstico pode causar no narcisismo dos pais, pode levá-los a se sentirem incapazes de exercer a função parental, resultando em uma interação empobrecida (ARAÚJO, 2013; CRESPI, 2004; KLAUBER, 1999; SLADE, 2007).

Por sua vez, a migração pode deflagrar um sentimento de solidão na mãe e, conseqüentemente, em uma depressão, uma vez que esta se encontra apartada do seu grupo de origem, o que pode contribuir para uma falta de investimento no seu bebê (MORO, 2005).

Outra questão que se colocava para mim era a da solidão que pode ser característica da maternidade durante o puerpério (FOLINO, 2014). Nenhuma das mães relatou dificuldades nesse período – e nenhuma das intervenções teve início antes dos bebês completarem 3 meses, devido ao delineamento do estudo de pós-doutorado. Dessa forma, não tenho dados para falar de enfrentamentos da solidão no puerpério no caso de

Daniele, Janaína, Regina, Pillie, Maria e Nina. No entanto, posso conjecturar que se esse momento de vida foi difícil, as dificuldades podem ter sido intensificadas pelas vulnerabilidades aqui consideradas.

Em alguns países da Europa a mulher grávida é acompanhada por um agente da saúde durante esse período e até o bebê completar 2 anos de vida. Isso previne o surgimento de doenças, como a depressão, por exemplo, nas mães. Fonseca et al. (2010) e Konradt et al. (2011) citados por Folino (2014), apontam para a importância do acompanhamento de mulheres grávidas ser realizado não só por médicos, mas também por psicólogos e enfermeiras, como medida de prevenção contra sintomas depressivos. Outro ganho importante nessa medida, apontado por estes autores, diz respeito à capacidade da mãe se organizar com os cuidados do bebê e a responsividade deste último.

Nenhuma das mulheres aqui recebeu esse apoio durante a gravidez e nem posteriormente. Mesmo frequentando equipamentos do serviço público de saúde, para tratamento do filho com TEA, parecia que a demanda que tinham para serem ouvidas não era atendida, devido à escassez de oferecimento de espaços para elas.

A todas elas era oferecido a participação no grupo de pais, no mesmo horário que os filhos com autismo frequentavam outro grupo. Ou seja, havia um dispositivo para elas, mas em decorrência do TEA e não da gravidez.

Assim, penso que o autismo, a migração e a falta de apoio social fizeram toda a diferença quando essas mães engravidaram novamente, levando-as a encontrarem dificuldades para enxergarem o bebê que tinham à sua frente. Ajudá-las a percorrer tal caminho foi um dos desafios da intervenção. Por mais difícil que fosse para elas e para mim, olhar para eles, conversar, interagir, brechas foram criadas e ampliadas a partir da própria competência destes últimos – o que também será apresentado adiante.

Repetição ou Elaboração? Enfrentando o Autismo

Por meio das três categorias a seguir, procuramos destacar o que mais chamou a nossa atenção na questão do enfrentamento do autismo, por parte das mães, quando o bebê nasceu. As angústias em relação ao desenvolvimento deste último, os recursos psíquicos de proteção frente a elas, as reverberações do trauma do diagnóstico de TEA no vínculo mãe-bebê, bem como a comunicação presente entre a díade são discutidos. Um dos achados da pesquisa é a correspondência possível entre estados autísticos e migração, no que diz respeito ao isolamento e a solidão, que também é discutida mais amplamente.

Protegendo-se contra o susto: O inesperado podendo ser elaborado

O autismo era descrito pelas mães como da ordem do inesperado, que pega de surpresa, dando um susto. Entendemos que a demanda latente para participarem desta pesquisa era se protegerem contra este último, podendo-se antecipar o TEA no bebê.

Folino (2014), fala da gravidez como uma experiência que engloba susto, surpresa e risco. Mais uma vez, como fica essa experiência quando se engravida novamente, sendo considerada pela literatura grupo de risco, por já se ter um filho com autismo e ser migrante?

Janaína contou diversos traumas vividos por ela e, no final da lista, estava o autismo como mais um deles. Nina disse que teve que andar muito para entender o que o filho tinha. Parecia viver uma confusão de línguas, no sentido de não ter representação mental para o que estava vivendo, mas também, estar vivendo em outra cultura e não entender como funcionam algumas coisas, como o sistema público de saúde, por exemplo. Daniele e Regina falaram da demora em aceitar tal diagnóstico. Pillie parecia viver uma busca sem fim por tratamento para o filho mais velho, que penso contar um pouco da dificuldade que ainda era presente para se elaborar o susto da descoberta do TEA. Maria nem falava sobre esse assunto, pois estava tomada por outras questões, como a relação com a sua mãe e a morte desta como uma possibilidade próxima. Perguntava-me se o susto era da ordem do indizível ou se o susto com o diagnóstico de câncer da sua mãe era um correlato do susto do autismo – pois era possível falar do primeiro e não do último – ou ainda, se ele não estava presente mesmo. Esta última hipótese me parece menos factível, uma vez que ela falou que sofreu tanto com o diagnóstico do filho que chorou muito quando soube que estava grávida de novo. Temia viver tudo novamente?

Klauber (1999) pontua a questão do traumático no TEA, no sentido de ter e viver com uma criança com autismo. Como apontou Freud (1914/2010b), o trauma é uma ferida no psiquismo. É intenso e transborda. Deixa uma marca. Ouvia essas mulheres dividindo comigo essa ferida e tudo que estava por trás e adiante dela. Havia uma tentativa de se evitar viver o susto do TEA novamente, por mais que ele já fosse um antigo conhecido. Elas, de fato, pareciam sedentas de um lugar onde pudessem ser ouvidas e que acolhesse esse transbordamento, evitando assim um novo trauma – ou seria a intensidade do traumático que já viviam?

Penso que o instrumento da intervenção possibilitou que elas falassem de suas dores enquanto mães de crianças com TEA, mães migrantes e mães que vivem a

iminência de um novo diagnóstico de autismo, mas também, era um espaço para estarem com os bebês, o que as ajudou a viver no aqui e agora uma experiência onde puderam contar com alguém que, além de ajudá-las a ver o bebê real, pôde legitimá-las enquanto mães capazes. Era como se fossem narcisizadas, para narcisizarem os seus bebês.

Assim, era importante pontuar o que estes últimos estavam comunicando enquanto estávamos juntos, revelando suas competências em convocar o outro para a relação, reavivá-lo; falar por eles, apontando as diferentes formas de comunicação que utilizavam para contarem dos seus estados psíquicos e necessidades; bem como as competências no vínculo que elas, mães, tinham de certa forma preservadas, como por exemplo, a capacidade de se conectarem aos estados emocionais dos filhos, *attunement* (ALVAREZ, 1994). O que existia de saudável na relação era apontado, reforçando o lado resiliente de ambas as partes (MENDES DE ALMEIDA, 2004). Sentia que eu, literalmente, os segurava em meus braços, exercendo a função de *holding* (WINNICOTT, 1964), os continha com a minha *reverie* (BION, 1962) e funcionava como uma *pele psíquica*⁶ para as suas experiências emocionais (BICK, 1968).

Salzberger-Wittenberg (1970, p. 142) descreve de forma vívida como um bebê se sente quando contido e penso que o mesmo pode ser dito em relação às mães:

Essa pessoa se importa comigo. Ela pode tolerar olhar sem medo para o meu desespero, sem buscar caminhos para evitá-lo. Ela é alguém que pode sentir o desespero e não entrar em colapso, o que me faz ter esperança de que se é possível tolerar o desespero. (tradução livre)

Aos poucos essas mães começaram a compartilhar a nova visão que tinham dos seus bebês. O fantasma do TEA ainda estava lá, mas agora elas falavam de sujeitos. Contavam do que eles tinham feito em casa, de suas personalidades, da interação com o irmão com autismo. Daniele disse que Alice era “esperta” e “bravinha”, Regina falou do “grude” entre Renan e o irmão, e Nina contou que Daniel gostava de bola, lápis e papel. Todas elas compartilharam que agora era possível ver que os filhos bebês faziam coisas que os mais velhos não faziam quando tinham a idade deles. Era o medo do retorno do autismo sendo transposto. Com isso, o bebê começava a aparecer no vínculo com elas e enquanto bebês reais, não só no sentido de existirem, mas da sua própria alteridade.

⁶ O termo pele psíquica é um processo psicológico, como o próprio nome sugere. Ele reduz as chances do bebê sentir que está se desfazendo e caindo para sempre.

Préstimo fraterno

Como dito acima, chamou-me a atenção que o único lugar que parecia existir para esses bebês dentro dessas famílias era o lugar do TEA, tanto sob o ponto de vista deles serem diagnosticados com tal transtorno, repetindo a história dos irmãos, como vindo para socorrê-los.

Daniele, Regina e Nina contaram que desejaram engravidar novamente para que o filho com autismo tivesse um companheiro, pois ficavam muito só e para que fossem cuidados pelos irmãos. Ressaltavam o fato de não quererem obrigá-los a tal coisa, mas desejavam que eles construíssem uma relação que incluísse esse cuidado. Janaína também tinha esse desejo, ainda que ele não tivesse sido motivador para uma nova gravidez. Pillie não planejou esse lugar para Sarah, mas disse que os irmãos percebiam que o mais velho era diferente, mesmo ela e o marido nunca tendo lhes falado nada, e o protegiam. Ainda, solicitavam-na menos, pois sabiam que ele precisava mais da sua atenção. Não ficou claro se Sarah já fazia isso – parece-me que não – ou se ela esperava que a mesma viesse a fazer.

Todas as mães brasileiras, ao começarem a ver o bebê como um sujeito – o que será melhor detalhado adiante – e se vincularem a eles, puderam, igualmente, vê-lo em relação com o irmão. Às vezes, ficava na dúvida se o que elas viam era mais da ordem do desejo do que do real. Daniele disse que Alice abria um sorriso quando via o irmão e que para ela, ele seria um exemplo. Janaína falou que percebia Juliano interagindo com P. e que este não o importunava tanto. Também, que eles seriam companheiros, contudo, do tipo polícia e ladrão – um caçando o outro? Era uma pergunta que me fazia. Regina, nos encontros de intervenção, chamava a atenção para o fato de Renan imitar E. – queria que vissemos que este último era um exemplo para o primeiro? E que eles eram muito próximos.

Penso que para Janaína era mais difícil, naquele momento, ver o vínculo entre os meninos, pois ela estava bastante estressada com os comportamentos repetitivos do filho mais velho e isso a tomava bastante. Ela disse algumas vezes que não queria mais se sentir assim, pois se via como uma pessoa que não estava fazendo bem para ninguém, nem para ela mesma.

Em alguns momentos, tive dificuldade de acompanhar o que Regina estava apontando enquanto estávamos todos juntos, eu, ela e os filhos. Presenciei Renan imitando o irmão, mas não me parecia que era porque o via como um exemplo a seguir,

mas sim, por conta da imitação ser uma etapa importante no desenvolvimento psíquico do ser humano. Contudo, cabe ressaltar que ao fazer isso, penso que ela subjetivava os filhos, dando-lhes o lugar de sujeitos, com atitudes próprias, personalidade, preferências, etc.

Em relação às mães bolivianas, sentia que elas compartilhavam menos as angústias em relação ao bebê ser diagnosticado com autismo, a relação entre os filhos e os cuidados com o filho com TEA. A minha hipótese, que será mais aprofundada a seguir, é de que a questão do autismo era, para elas, secundária comparada à solidão que sentiam sendo migrantes em terras distantes.

Todavia, também ouvi Nina dizer que Daniel imitava o irmão, corria atrás dele e queria o que era seu, por exemplo, o seu copo. Falou que eles brincavam juntos e eram bem próximos. Maria, uma única vez, contou que Gracia estava começando a perceber a presença do irmão.

Outro ponto importante, compartilhado por Daniele, Janaína, Regina, Maria e Nina foi o de poderem viver a experiência da maternidade de forma diferente com os bebês. Para algumas, isso estava presente desde a gravidez ou foi motivador da mesma. Para outras, isso se colocou posteriormente, a partir do desenvolvimento do bebê e da interação com ele. O que havia em comum entre elas eram a emoção e o sentimento de felicidade por serem percebidas como alguém na relação mãe-bebê, fato importante para a retroalimentação do vínculo, citado anteriormente.

Daniele, por exemplo, falou que queria viver uma maternidade mais leve, sem cobrar tanto o segundo filho. Regina disse que era muito diferente ser mãe de Renan e de E., pois o primeiro dava muito mais respostas às investidas que ela fazia. Nina se emocionou, e nos emocionou, ao contar com riqueza de detalhes o que sentiu quando Daniel falou mamãe pela primeira vez, palavra que não tinha ouvido de F. por muitos anos. Janaína e Maria enfatizaram que sentiam que era diferente ser mãe dos seus bebês e dos seus filhos mais velhos. Ambas acrescentaram que Juliano e Gracia, respectivamente, percebiam quando elas saíam e choravam, já P. e M., os filhos mais velhos, pareciam não perceber a presença delas.

Penso que os bebês, Alice, Juliano, Renan, Sarah, Gracia e Daniel foram, inicialmente, confrontados com a dualidade: de serem quase indissociáveis em relação ao TEA, ao mesmo tempo que, de alguma maneira, puderam ser investidos psiquicamente por parte dos seus pais, de acordo com o que Freud (1914/2010a) chamou de “sua majestade o bebê”, que era um lugar especial, como o de um rei. Havia esperança em

relação ao próprio narcisismo deles, pais, como sendo capazes de gerarem uma vida perfeita e, nessa relação com esses filhos, serem reconhecidos como pessoas e pais, lugares também especiais. Assim, havia espaço para esses bebês existirem dissociados do autismo.

Solidão: Desolamento interno

Encontramos em Winnicott (1998/1958) um conceito importante para refletir sobre o sentimento de solidão trazido por todas as seis mães que participaram deste estudo. Ele nos fala a respeito da capacidade de estar só como sendo a possibilidade do sujeito, de fato, conseguir ficar só sem se sentir fracassado ou abandonado. A mesma seria resultado da dedicação e cuidado consistente da mãe nos primeiros meses de vida do bebê.

Há três experiências diferentes para se alcançar tal capacidade. Em um primeiro momento o bebê e a mãe são um só, evitando-se assim um contato prematuro deste último com os objetos não-eu. Em seguida, a partir dos cuidados recebidos, o bebê anseia se afastar da mãe e é importante que esta lhe dê espaço para que isso aconteça, sem invadi-lo ou perder contato com ele. Aqui, já se vê, ainda que de forma rudimentar, a capacidade de estar só na presença de alguém. Por fim, em um estágio de maturidade mais avançado, o bebê, após ter internalizado o cuidado recebido, pode experienciar momentos de solidão sem se sentir ameaçado em relação à perda da integração alcançada.

Isso posto, entendemos que essas mulheres falavam da incapacidade de se sentirem integradas quando estavam sozinhas. Considerando que elas estavam apartadas do grupo social mais amplo e que se sentiam solitárias mesmo na presença do outro, como compartilharam, a sensação de desintegração ou não-integração – quando a integração nunca foi alcançada – era quase constante (WINNICOTT, 1998/1958). Nota-se que a capacidade de estar só se difere do sentimento de solidão. Parece que a experiência vivida por elas era de não existência quando na presença do outro e a mesma parecia ser bastante antiga.

Daniele contou que sempre se sentiu diferente e sozinha. Sofria *bullying* na escola desde criança, posteriormente, não se sentia incluída pelos colegas de trabalho e não sentia que podia encontrar na sua mãe, irmã, sogra e cunhadas, mulheres da família, acolhimento para os seus pensamentos e sentimentos. Estava literalmente só no mundo da casa e da rua. Além disso, não se sentiu vista pelo marido após dar à luz pela segunda

vez, momento que ele lhe pediu o terceiro filho. Sentiu que ele não foi capaz de perceber e acolher o seu estado de desamparo naquele momento.

Regina, Maria e Pillie falaram da solidão dentro da família extensa. A primeira se sentiu excluída pelo pai, quando não cedeu aos seus convites para se separar do marido e deixar para trás os filhos, em troca de trabalhar e ganhar dinheiro nos negócios dele. Maria se sentia excluída da relação entre sua mãe e irmão mais velho. Pillie nos contou sobre a relação com os irmãos, que eram responsáveis por cuidarem dela quando pequena para que sua mãe pudesse trabalhar, mas que, ao invés de receber cuidado, ficou à mercê dos maus tratos e violência destes últimos.

Nina compartilhou o seu sentimento de solidão em todos os nossos encontros. Sentia-se só por não estar em seu país, com os seus pais e irmãos, por ser excluída da relação do marido com suas cunhadas, por ser a única mulher da casa que tinha que cuidar das crianças, ao invés de trabalhar na confecção, por não ter tempo para si, por não ter companhia aos domingos. Certa vez, disse que gostava da solidão, pois assim podia fazer as suas coisas. Havia uma indiferenciação entre solidão e estar só.

Janaína, apesar de contar da relação próxima e de cuidado que tinha com os pais, irmãos e sobrinhos, e de relatar algumas situações prazerosas vividas na companhia de amigos, se sentia isolada da vida social depois do nascimento e diagnóstico do filho com TEA. Igualmente, carregava a marca de traumas, que pareciam não ser compreendidos pelas outras pessoas.

Essa experiência vivida por conta do autismo, relatada por Janaína, estava presente na história de todas. Elas disseram não receber mais convites para festas de aniversário, para frequentarem a casa de amigos e familiares, para passarem natal na companhia de outras famílias. Ressaltaram que ser mãe de criança especial, como Regina se referia ao TEA, era viver, dentre outras coisas, a experiência da exclusão.

No caso de Pillie, Maria e Nina a essa experiência se somava outra, a de ser excluída por ser migrante. Não compartilharam nenhuma situação na qual sofreram discriminação, mas falaram que a vida dos bolivianos em São Paulo era uma vida onde apenas o trabalho existia. Também, que a própria comunidade boliviana não era unida, não se encontrava e não funcionava como rede de apoio. Maria, como vimos, não trouxe esse sentimento de forma consciente, talvez, por ter vindo para o Brasil com a sua família extensa, mas no seu discurso, a casa dos seus pais era o seu único mundo. Ela não frequentava outros lugares e nem se relacionava com outras pessoas que não o marido, os filhos, os pais e os irmãos.

A própria condição do migrante é a do estrangeiro, aquele que escancara o que está fora de mim, que é diferente do meu eu e que, por ter a sua alteridade, é visto, muitas vezes, como ameaçador (Sayad, 1991). Essa parecia ser uma condição muito próxima da vivida pelas mães das crianças com autismo. O TEA parecia ser o estrangeiro que não era bem vindo.

Pensando no que nos disse Winnicott (1998/1958), me questionei se o autismo e a migração foram gatilhos para lançar luz à terra do desolamento que era habitada por essas mães, bem como o desolamento que as habitava. Muito mais que os causadores desse desolamento, eram elementos que se conectavam com o que já existia, com a própria vida delas – com o que lhes fora transmitido psicologicamente por seus pais e com a forma pela qual podiam estar com os seus filhos, por exemplo – como se eles condensassem vivências e experiências anteriores. Igualmente, era como se o autismo e a migração fossem relevantes para que elas pudessem se conectar com a própria história de vida, com o intergeracional e o transgeracional. Funcionavam, de alguma forma, como um psiquismo em transparência (BYDŁOWSKI, 2002, 2007), chamando a atenção para o que precisava ser olhado, o que era do inconsciente.

Aprofundando esse ponto, parecia que a necessidade de terem outro filho, no caso de quase metade delas, era uma tentativa de sair do isolamento, do desterramento, da necessidade de busca do contato. Dessa forma, mesmo conscientes do risco no TEA, devido ao fator genético, havia algo delas, da vida emocional, do epigenético, que também estava em risco e precisava ser olhado, acolhido, trabalhado. Porém, ter outro filho não era garantia que seria possível sair do país solidão. Bem como, falar o próprio idioma com os filhos, não garantiria a vivacidade no vínculo entre eles e que elas pudessem criar filhos com raiz. Era preciso, antes, fazer nascer um país interno, caso contrário, a língua materna correria sérios riscos de continuar sendo a língua da desolação, que também é transmitida e pode ser perpetuada.

Transpondo o Impasse: O que Pode Mudar?

As categorias a seguir dão conta das transformações que puderam ser observadas, durante os encontros de intervenção, no que diz respeito ao lugar do autismo no imaginário materno, à construção do vínculo mãe-bebê e à possibilidade dessas mulheres investirem em si mesmas. O instrumento da intervenção é pensado como o elo presente nessas mudanças.

Um sujeito no TEA

Como explicitado anteriormente, o lugar do TEA no imaginário dessas mães era, a princípio, o do que as aprisionava, excluía do mundo social, assustava, era da ordem do traumático e continha o risco da reincidência.

Ele era tão poderoso que era quase impossível de se enxergar que antes do autismo havia um sujeito. Assim, era difícil para essas mães enxergarem o filho mais velho enquanto pessoa, com suas capacidades e potencialidades, e deixava turva a visão que tinham do bebê, uma vez que, como apontado anteriormente, temiam que este recebesse esse diagnóstico. Essa possibilidade era tão assustadora que, assim como na relação com os filhos mais velhos, com os bebês era igualmente difícil de se ver sujeito, que existe para além desse risco.

Ao compartilharem suas dores por terem um filho com TEA, suas angústias em relação à ameaça de viverem novamente essas dores e/ou novas, conforme o filho bebê se desenvolvia, e poderem se beneficiar de um espaço para a díade, um momento onde estavam sozinhas com este último, parece ter contribuído para um movimento de se distanciarem do problema, no caso o autismo, e poderem olhar para os sujeitos, por trás dele. Como disse Janaína, o espaço da intervenção era um momento para ela e Juliano, o que a ajudava a vê-lo como indivíduo. Ouvi essa frase quase como a expressão de um momento de paz externa e interna, uma vez que o seu filho mais velho era uma criança com autismo severo, que demandava bastante e, segundo ela, deixava o ambiente tumultuado.

Pergunto-me se ao serem investidas no vínculo comigo elas puderam não só ver o que já estava ali, por exemplo, o sujeito no TEA com a sua própria subjetividade e singularidade, mas também, passaram a investir mais nesse sujeito. Janaína disse que para ela, que era controladora, era muito difícil ver que não podia controlar P. Parecia reconhecer nele uma pessoa com pensamentos, sentimentos, preferências e não mais um robô, desprovido dessas qualidades, e que precisa ser programado. Ela ainda disse que ele estava descobrindo que tinha querer. Ao ouvi-la, pensei, mais uma vez, se algo na relação deles havia mudado e P. era capaz de lhe dar outras respostas, sendo mais participativo na interação.

O mesmo pôde ser percebido no vínculo de Daniele e seu filho mais velho, V. Ela, inicialmente, parecia viver um conflito entre vê-lo como alguém com capacidades e, ao mesmo tempo, alguém desprovido das mesmas, ao dizer que ele tinha que ser tratado

como as outras crianças da sua idade, uma vez que podia entender as coisas e aprender. Além de querer uma boa notícia em relação ao desenvolvimento das pessoas com autismo, para ver se ficava mais animada em relação ao futuro. Nos encontros finais, pareceu conseguir fazer um deslizamento desse conflito para uma concepção mais rica e aprofundada de V., ao dizer que ele tinha seu ritmo próprio.

Ao ouvi-la, lembrei do que disse Victor Guerra (2010) a respeito do ritmo ser, dentre outras coisas, um núcleo primário de identidade (rítmica). Então, V. agora tinha identidade, ou seja, era um indivíduo, que tinha mesmo o seu próprio ritmo.

Regina me pareceu ter essa concepção de um sujeito no TEA antes da intervenção. Seu filho mais velho, E., tinha sido diagnosticado há muito anos e desde então era acompanhado pelo psiquiatra do CAPSi e por um psicólogo, em outra instituição. Ela, desde o início do nosso percurso juntas, se referia a ele com alguém com personalidade própria, que gostava disso e não daquilo, que precisava de ajuda para se regular, o que era diferente de controlá-lo. Por exemplo, se referiu a ele como rapazinho quando contava que ele não fazia mais xixi na calça. No seu caso, penso que a intervenção reforçou o que já existia.

Como apontado anteriormente, Pillie, Maria e Nina compartilhavam menos a questão do autismo no filho mais velho e a possibilidade do bebê também receber esse diagnóstico. Nina, das três, era a que mais se preocupava com essa questão. No geral, elas abordavam a questão do TEA pela via do tratamento, isso é, o que mais poderia ser feito para que os seus filhos se desenvolvessem.

Questionei se existia algo cultural nessa forma de encarar as questões suscitadas pelo autismo, por exemplo, uma maior positividade em relação às adversidades da vida; se elas eram mais resilientes, até por terem mudado de país; se não havia espaço para o TEA, – a não ser o de correlato do desolamento, como explicitado antes – diante das dificuldades e enfrentamentos vividos na migração; se elas eram mais resignadas, então, o que estava dado não podia ser mudado, era destino e se estavam deprimidas. Nos casos de Pillie e Nina, entendi que havia muita resignação. No caso de Maria, parecia não haver espaço para o autismo diante das suas questões com a própria mãe. De qualquer forma, é importante ressaltar que elas falavam dos filhos mais velhos como sujeitos e não como TEA.

Bebê competente

Um ponto que me chamou a atenção no encontro com as díades e que foi apontado em categoria anterior – O bebê sem lugar – foi o quanto eles não podiam ser vistos como bebês reais, que existem independentemente do irmão mais velho e do autismo. Isso era tão forte que eles, facilmente, eram excluídos da intervenção – porque se silenciavam, dormindo ou caminhando para cantos distantes de onde estávamos, na sala, ou porque precisam se colocar muito ativos durante os nossos encontros, o que ressaltava a exclusão.

Com esse segundo grupo, lembrei-me do conceito de reclamação, de Anne Alvarez (1994), que diz respeito à função reclamadora do analista, quando no trabalho com pacientes graves, como pacientes com TEA. Essa função reclama o paciente, que em inglês significa recuperar, reaver, reivindicar. Então, o analista recupera a presença psíquica do paciente, reivindicando a sua presença na interação, o trazendo de volta para a mesma. Ela entende que esse tipo de paciente precisa de algo mais que a continência, nos termos de Bion (1962).

Por mais que fosse difícil incluir o bebê, diante da necessidade que suas mães tinham de serem ouvidas, o trabalho possibilitou que não houvesse a repetição do autismo no sentido do fechamento frente à interação, característico desse transtorno. Assim, mesmo que a mãe ocupasse quase todo o espaço comigo e com a pesquisadora co-terapeuta, o bebê era observado e apontamentos sobre o que ele fazia e era entendido como comunicações endereçadas a nós, pesquisadoras e mães, eram ressaltados. Ademais, algumas técnicas como falar pelo bebê, ajudando as mães a entrarem em contato com o mundo interno de seus filhos e suas experiências e conversar sobre o que emergia no aqui e agora foram muito utilizadas. Dessa forma, se garantiu que a proposta de intervenção na relação mãe-bebê tivesse a sua essência, que é trabalhar o vínculo, preservada.

Alice, Juliano e Renan eram os bebês mais ativos. Os bebês das mães bolivianas, Sarah, Gracia e Daniel eram os mais quietos. Como dito anteriormente, esse pode ser um traço da cultura. Jobana (2019), no capítulo três deste estudo, disse que na Bolívia as pessoas conversam em um tom de voz mais baixo que no Brasil, o que transmite maior confiança para elas. Talvez, essa característica seja transmitida desde muito cedo e os bebês se expressam de maneira mais contida, tanto via linguagem, quanto via comportamento.

Aqui, novamente, lembro de Victor Guerra (2010, p. 280) e o que ele diz do ritmo ajudar a formar “parte do itinerário existencial do ser humano” e de estar presente nos sons da língua materna. Também, lembro de Laznik (2004) e o que ela sublinha da prosódia materna, como sendo capaz de convocar o bebê para o vínculo. Por último, lembro do conceito de *attunement* (ALVAREZ, 1994), que seria estar conectado com as necessidades emocionais do outro.

Dessa forma, penso que estes três últimos bebês poderiam estar experienciando algo da ordem de uma ou de todas essas possibilidades. Poderiam estar conectados com a necessidade emocional das suas mães, que precisavam ser ouvidas, por isso deixavam o caminho mais livre para elas e/ou poderiam estar familiarizados com o ritmo e prosódia delas. Ainda, não descartava o fato delas estarem deprimidas e eles captarem tal estado.

Seja como for, eles, bem como os bebês das mães brasileiras, se mostraram bastante competentes, no que diz respeito a chamar suas mães para a interação, reanimando-as, e colaborando para que as mesmas os vissem como os bebês reais que eram. De acordo com Trevarthen (1979, p. 321): “seres humanos são equipados, desde o nascimento, com um mecanismo de personalidade que é sensível às pessoas e se expressam da mesma forma que outro humano.” (tradução livre) Ele nomeia tal capacidade de intersubjetividade primária. Portanto, um bebê está pronto para se relacionar com o outro desde que nasce e possui ferramentas para mostrar a este último quais são as suas necessidades. Golse (1998, p. 93) corrobora com essa visão, pontuando que:

[...] muito cedo a criança organiza suas representações mentais, talvez muito fragmentárias ou parciais (porém, nem sempre), as quais atestam claramente suas competências e seu comportamento, para quem sabe observá-las e colocá-las no campo das relações.

Eu, enquanto mediadora na relação entre eles, chamava a atenção das mães, falando por eles, por exemplo, quando isso acontecia. Entendo que a forma como eles puderam investir em suas mães fez a diferença para que elas também mudassem a qualidade do investimento neles. Folino (2014, p. 183), diz:

O fato de as mulheres perceberem que seus filhos crescem, se desenvolvem e começam a manifestar a cada dia uma resposta ao investimento materno facilita a retroalimentação libidinal, pela qual a mãe que alimenta o filho com sua libido, sente que é também nutrida pela relação com ele, incrementando algo de natureza cíclica.

Podemos ver isso acontecendo nas seguintes ilustrações: quando Nina fala que o seu marido nem sempre fica do seu lado, Daniel se aproxima e lhe dá um abraço. Quando Maria está mergulhada nas questões com a sua mãe, não parando de falar, e Gracia a olha, como se pedisse autorização para pegar a bola, o que é apontado por mim. Maria lhe entrega a mesma e Gracia joga a bola para mim, parecendo perceber que a sua mãe segue falando. Quando devolvo a bola para ela, ela inclui a mãe na brincadeira. Quando Daniel balbuciava alto, diversas vezes, enquanto sua mãe falava do temor que ele viesse a ter algo e de ser diagnosticado com autismo. Falei por ele: Estou bem mamãe e os meus gritinhos são a maneira pela qual posso te contar isso. Quando Alice nos observa, conversando com a sua mãe, o que é apontado. Em seguida, sua mãe fala por ela, incluindo-a na conversa.

De todos os bebês, Sarah, apesar de se mostrar mais ativa no final dos nossos encontros, aguentando mais as pequenas separações em relação à mãe, ainda parecia mais retraída (GUIDENEY, 2001). É importante ressaltar que ela, Gracia e Daniel, demonstravam ter mais dificuldades em se afastar da mãe. Novamente, podia ser uma característica cultural, mas também contava de algo que passava de uma geração para a outra, já que suas mães compartilharam o quanto sentiam saudades das suas próprias mães quando não estavam na presença delas. Igualmente, cogitei ter um apego mais inseguro⁷ (AINSWORTH, 1978; BOWLBY, 1969) e questionei se isso tinha alguma conexão com a questão do deslocamento – suas mães haviam se deslocado para outro

⁷ Ainsworth identificou diferentes padrões de apego por meio de um experimento chamado “situação estranha”. O apego ao qual nos referimos aqui é o inseguro/resistente, em que a criança oscila entre buscar e resistir ao contato com a mãe, além de se mostrar mais colérica ou passiva do que a criança com apego seguro e inseguro/esquivo.

país. Tal deslocamento poderia estar conectado a um estado mais deprimido, fazendo com que a discriminação do próprio *self* em relação ao do outro fosse mais frouxa.

Podendo sonhar

A medida que avançávamos com as intervenções, mudanças eram percebidas em relação ao TEA no imaginário das mães, bem como a percepção que tinham de seus bebês e a comunicação entre eles, também notávamos mudanças nelas, mulheres.

Novamente, a hipótese de que ao investirem mais e sob outra perspectiva em seus filhos, dissociando-os do autismo, elas também puderam ser investidas por eles. Somando-se a isso, o espaço de intervenção as acolheu em suas angústias e incertezas, as legitimou enquanto mães e deu sustentação para seguirem com os seus sonhos.

Outra hipótese cogitada é a de que, como no puerpério, depois que passa o turbilhão característico da entrada do bebê na família, que mexe com o psiquismo não só da mãe, mas também do pai e dos irmãos (ROCHETTE, 2005), as mulheres podem voltar a investir nelas e não apenas no bebê, que já não ocupa mais o lugar do recém-nascido, muitas vezes associado à figura de alguém frágil e que remete ao nosso próprio desamparo.

Era interessante o fato das mães bolivianas sonharem com a Bolívia. As três não tinham voltado para lá, nem para visitar, desde que chegaram ao Brasil. Dessa forma, o sonho com o retorno parecia tanto um retorno às origens, para se recarregarem com que lhes era mais natural e genuíno, advindo da cultura e do encontro com os entes queridos, mas, quanto um retorno ao isolamento, quando ele surgia como fuga frente às angústias ainda vividas. Acrescido a este último, um retorno para a terra onde não se tem raízes, uma vez que falavam que não sabiam se lá continuava igual a Bolívia que elas deixaram – que apesar das alegrias, família, amigos, também tinha o aspecto da vida precária – ou se tinha mudado. Caso afirmativo, para melhor ou pior? Não sabiam o que iam encontrar, como se não reconhecessem mais de onde partiram. Não tinham mais terra.

Daniele, Janaína, Regina e Pillie tinham planos de trabalhar e estudar. Esta primeira já tinha retornado às atividades na escola em que era professora. Havia um investimento no mundo externo, com eco no mundo interno. Havia busca de contato e não de perpetuação do isolamento. Maria e Nina faziam planos que se voltavam mais para resolverem as dificuldades na relação com os pais, no caso da primeira, que planejava mudar de casa junto com o marido e os filhos, e na relação com o marido, no caso desta

última, que pôde falar mais livremente dele como não sendo a figura que ela trouxe até então, de homem companheiro e protetor.

Esse fato chamava a atenção e contava algo do cultural, como foi apontado por Jobana (2019). Os homens bolivianos intermediaram o meu contato com as mães. Era com eles que eu combinava os dias e horários das intervenções. A princípio, eles apareciam no discurso destas últimas como as únicas pessoas com quem contavam enquanto rede de apoio. Aos poucos, puderam desmistificar essa imagem, revelando não só outras características dos maridos, mas a força do patriarcado presente, de alguma forma, na sociedade boliviana. Pillie cobrava do companheiro um comportamento menos violento com os filhos, Maria era uma mulher batalhadora, que ajudava o marido em suas empreitadas e Nina já podia começar a falar das suas insatisfações com a dinâmica das tarefas e cuidados com as crianças e com a casa, bem como com a dinâmica deles, casal.

Além de sonharem com um futuro tingido por mais cores, mostrando-se mais esperançosas e fortalecidas, todas as seis mães compartilharam mudanças na imagem que tinham de si. Daniele parecia oscilar menos entre ser e se sentir forte e fraca, Janaína lutava para ser menos controladora, Regina reconhecia as suas angústias e traços depressivos, bem como Pillie, Maria clareava qual era a sua parte na relação complicada com a sua mãe e Nina reclama, no sentido de reclamação, de Anne Alvarez (1994) mais o seu lugar enquanto esposa.

Ainda havia um longo caminho pela frente, pois ficou evidente que essas mudanças eram iniciais e não estavam solidificadas. No entanto, algo se plantou. Com exceção de Maria, todas demonstraram o desejo de continuar tendo um espaço para falarem de si. Assim, parece que o que anteriormente parecia estar mais dissociado e/ou era negado, ao final dos nossos encontros pôde estar mais próximo e ser passível de reconhecimento por elas próprias. As transformações que uma análise ou, como no caso aqui, a intervenção na interação mãe-bebê, que se apoiou na teoria psicanalítica, podem promover, não se dão sem que antes, se entre em contato com o próprio sofrimento. Como diz Figueiredo (2013, p. 26):

Todo processo no rumo da integração, e não só os momentos de fratura e desintegração, implica também padecimento, pois a reunião de elementos afetivos e ideativos, díspares e até então dissociados, pressiona a vida psicofísica e põe a prova a capacidade de metabolização ou transformação.

Um país chamado intervenção

Como apontado algumas vezes ao longo dessa discussão, esse modelo de trabalho, intervenção na relação mãe-bebê, mostrou-se com enorme potencial para se trabalhar com famílias em risco, não só por acolher ambos os sujeitos da díade, como também, ajudá-los a desenvolver uma capacidade empática aos estados psíquicos um do outro, melhorando a qualidade do investimento que fazem no vínculo.

Percebeu-se que as mães aceitaram o convite para participarem deste estudo, por terem a demanda latente de falarem sobre a maternidade e os enfrentamentos desta diante da vulnerabilidade e dos impasses que o autismo e a migração às colocava. Conforme os encontros aconteciam, foi se evidenciando que esse espaço podia ser acolhedor não só para as angústias em relação ao desenvolvimento do bebê, mas para outros fantasmas, presentes na relação com os seus pais e companheiro, sobretudo, que as assombravam e comprometiam a construção da parentalidade. Aos poucos, elas foram aparecendo não só como mães, mas também como mulheres, que eram impactadas por essas relações, ao mesmo tempo que tentavam enfrentar os desafios presentes nelas, que são coloridos, dentre outras coisas, pelo que é próprio de cada cultura.

Assim, a demanda foi se ampliando e se constituindo a cada encontro e o trabalho pôde ser visto como um elemento de processamento conjunto. Os traumas não elaborados que apareceram via o inesperado que o autismo traz consigo e o que se pode viver diante do novo – novo país – na migração, ganharam a possibilidade de serem significados.

Criamos um país chamado intervenção, para que o isolamento vivido diante da marginalização social e cultural pudesse ser superado. Só assim seria possível se encontrar em qualquer outro lugar no mundo.

O interessante é que eu fui migrante antes de começar este estudo. Imagino que a minha escuta pode ter sido mais flutuante (TURATO, 2005) para acolher os aspectos mais específicos dos processos migratórios, como por exemplo, o isolamento, que também é característico do autismo. Quando o trabalho de campo se encerrou e se iniciou a análise dos dados, voltei a ser migrante e me tornei mãe, vivendo em outro país. Acredito que até o fim, ainda que não estivesse mais na presença dessas díades, construí com elas uma língua interna, criando-se um eixo para se comunicar com o externo.

Encontro ressonância para tal ideia no que Davoudian citada por Alves (2015) menciona sobre a função do relato. Para ela, quando relatamos um acontecimento, temos

por objetivo a coerência e a coesão, então, fazemos ligações. Tal construção, religa os acontecimentos entre si e os mesmos às emoções, de tal forma que mesmo com o encerramento do campo, a intervenção ainda se faz presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta pesquisa abordou a questão da construção da parentalidade em mães que engravidaram novamente após terem um filho diagnosticado com autismo, sendo incluídas pela literatura atual no grupo população em risco, não só elas, como os bebês. No nosso encontro com o campo, fomos surpreendidos pela presença de mães migrantes, bolivianas, o que nos levou a perguntar se o fato de gestarem e darem à luz a um bebê enquanto estavam morando em outro país seria mais uma vulnerabilidade com implicações no processo de tornar-se mãe.

A teoria psicanalítica a respeito da parentalidade, do autismo, da migração e do encontro dessas temáticas entre si foi o referencial teórico usado. O instrumento de intervenção na interação mãe-bebê foi o escolhido para se verificar os desdobramentos e enfrentamentos presentes no estabelecimento do papel materno e impactos no vínculo, segundo os postulados metodológicos de Turato (2003). Assim, os encontros com as díades foram filmados, para que se pudesse captar e, posteriormente, refletir sobre as nuances presentes na comunicação verbal e não-verbal entre mãe e bebê, bem como deles conosco, pesquisadoras/terapeutas, e ainda ser possível trabalhá-las conjuntamente. Todos os filmes foram assistidos e transcritos. Após leitura flutuante das anotações, foi possível se chegar em três agrupamentos teóricos do que surgiu como repetição e relevância na história de cada uma dessas mulheres e seus filhos, da mesma forma que o que lhes eram semelhante e díspar. Posteriormente, reagrupamentos e sínteses das formulações levaram à construção de categorias, na tentativa de se poder fazer conjecturações mais aprofundadas dos fenômenos verificados.

Como um dos achados, o estudo mostrou que é fundamental se acolher uma demanda, que foi escutada como latente, a saber, a solidão que mães de crianças com TEA e migrantes podem sentir não só na relação com os filhos, mas com a sociedade como um todo, da qual se sentem excluídas. Essas mulheres não pediram para participar da intervenção, mas aceitaram o convite que lhes foi feito, ressaltando a necessidade que tinham.

Tal acolhimento deve privilegiar a escuta empática, em que, não há espaços para julgamentos, culpabilizações e patologizações, e na qual o sofrimento é entendido como um pedido de socorro para a sobrevivência psíquica. Portanto, se faz necessária a atualização dos profissionais que trabalham com essas famílias, não só na área da saúde,

mas também, na da educação, acerca das diferenças culturais presentes na parentalidade. Além das especificidades do TEA e dos impactos que esse transtorno tem na capacidade dos pais para parentarentalizar, afim de que se iluminem no trabalho os seus aspectos saudáveis e suas potencialidades em relação aos cuidados com os filhos, legitimando dessa forma os modelos de pais que podem ser.

No campo da parentalidade, se confirmou o já apontado em outras pesquisas, a respeito dos pais – aqui representados pelas mães – e irmãos de crianças com autismo serem considerados grupo de risco, uma vez que a construção do processo de se tornarem pais pode ficar comprometida, bem como o vínculo com o bebê, o que poderia levar a desdobramentos para o desenvolvimento deste último e a problemas de saúde mental, no caso dos pais, ou agravamento dos mesmos, se já presentes.

Isso porque, como apontado, o processo de parentalidade não está dado com o nascimento do filho, faz-se necessária a sua construção. Esta tem seu início quando os pais ainda são filhos, antes de se tornarem um casal e, posteriormente, uma família, na qual os aspectos intergeracionais e transgeracionais estão envolvidos. Ainda, exige um deslizamento do próprio narcisismo da mulher, do qual faz parte o desejo de se perpetuar, para se enxergar o bebê real, que não é o do seu imaginário. Tal deslizamento pode ser afetado na chegada do bebê irmão, uma vez que depois de ter um filho com TEA, – devido a demanda de cuidados que este exige e a falta de reciprocidade aos investimentos nele feitos – a confiança que os pais precisam ter na própria capacidade de cuidar e se vincular, e de que não são os responsáveis por tal diagnóstico ficam afetadas.

Igualmente, no campo da migração os achados corroboram com os de estudos anteriores, que apontam que pais migrantes também são grupos de risco e podem apresentar maiores dificuldades na construção da parentalidade, por estarem apartados de sua cultura e sociedade, não sendo entendidos nas suas formas singulares de cuidar e se vincular.

Em ambas as situações parece ficar mais difícil antecipar o bebê que vem. Tanto a sua não antecipação, quanto a não entrada da mulher no estado de *preocupação materna primária*, extremamente importante para se conectar com as necessidades e estados psíquicos do filho, podem acontecer, o que não é característico das mães de crianças com TEA e/ou migrantes. No entanto, não se pode negar que no caso delas, tal processo e estado estão mais suscetíveis a não realização.

No caso do autismo, ainda se verificou que era difícil dissociá-lo do bebê real, uma vez que o seu risco iminente de reincidência era muito ameaçador. Era uma maneira

de lidarem com o susto vivido anteriormente, protegendo-se. Outro ponto que contribuiu para essa não dissociação estava relacionado ao desejo que as mães tinham de que seus bebês preenchessem a vaga de cuidador do filho mais velho. Não havia outro espaço para existirem enquanto sujeitos.

Todavia, quando se trata da relação entre os seres humanos, todos os envolvidos têm um papel para que a mesma se constitua. Assim, observou-se que os bebês se mostraram competentes para reavivar o vínculo, investindo libidinalmente em suas mães, o que fez com que elas o retroalimentassem. Apesar das dificuldades iniciais apresentadas por estas últimas, entendeu-se que algo da capacidade que tinham para investirem narcisicamente em seus filhos e se aproximarem do mundo interno destes, de forma a ajudá-los a existirem e sobreviverem, estava preservada. Relacionado a isso estava o desejo de engravidarem novamente, para metade delas, mesmo diante dos riscos reais, e terem uma experiência diferente em relação à maternidade.

Consideramos que o principal achado da pesquisa diz respeito a forma como as três mães migrantes bolivianas e as três brasileiras experienciavam a questão do autismo. Enquanto para as primeiras a dor da solidão vivida na migração parecia ser mais urgente de ser ouvida e acolhida, ficando as angústias e impactos relacionados ao TEA em segundo plano, para as últimas, a dor que precisava ser externalizada era, justamente, a referente a esse transtorno.

De todo o modo, o que essas seis mulheres tinham em comum era A solidão. Apesar de entendermos que esse sentimento não se circunscrevia somente ao autismo e a experiência da migração, pois se encontrava presente anteriormente e estava conectado com a maneira pela qual foi possível para cada uma delas lidar com os conflitos e traumas presentes ao longo de suas vidas, esses fatores pareceram levá-las a viver um isolamento no vínculo com os seus bebês. Por outro lado, deflagrou a necessidade que tinham de saírem de tal estado, se reconectarem consigo mesmas e serem reconhecidas em sua alteridade. Assim, o que é comum ao TEA e a migração, nos casos aqui apresentados, é o isolamento, por isso foram gatilhos.

O instrumento da intervenção privilegiou a observação e escuta desses aspectos subjetivos, acessando o mundo interno de cada mãe e bebê; considerou o funcionamento da relação entre eles, ressaltando as facetas da mesma, incluindo-se aí as inter e transgeracionais, bem como o seu manejo; atentou-se para os diferentes níveis de comunicação, que ocorrem também pela via subjetiva e do não-verbal; e considerou os aspectos contratransferenciais e o exame dos mesmos.

Logo, se mostrou extremamente pujante no que diz respeito ao acolhimento das díades, o que proporcionou uma experiência, tanto para as mães quanto para os bebês, de se sentirem ouvidos, cuidados, investidos, potencializando as suas capacidades e ajudando a desenvolvê-las quando ainda não estavam lá. Principalmente, fazendo uma leitura metafórica, contribuiu para se criar pontes nas fronteiras do país de cada um, tornando possível o acesso ao outro, onde uma língua mãe foi aprendida por todos e se passou a ter nacionalidade.

Ampliando esse ponto, a intervenção funcionou também como uma rede de apoio e ressaltou o quanto essas mães e bebês se encontram carentes de uma. Tanto proveniente do meio mais próximo, como a própria família nuclear, quanto proveniente da família extensa, amigos e equipamentos sociais – saúde, educação, cultura, etc.

A gravidez e a chegada do recém-nascido são momentos importantes e mobilizadores de conflitos e angústias em todos, não só nas mães. Se já existe um filho com autismo na família quando nasce o bebê irmão, acrescido a isso o fato dos pais estarem fora do seu país de origem, esses conflitos e angústias podem se tornar mais intensos. Muitas vezes os próprios membros do casal não conseguem dar suporte um ao outro. Nesse sentido, é importante que o grupo social cuide deles, cuide do psiquismo da família.

Assim, se faz necessário a organização por parte da sociedade como um todo para que suporte social, que se encontra escasso, seja oferecido à essa população. Igualmente, é fundamental que se crie programas preventivos de saúde pública voltados para a oferta de cuidado ampliado não só às crianças com TEA, como aos pais e irmãos, bem como famílias migrantes, para que eles sejam ouvidos e acolhidos nas suas dores e incertezas, em todos os momentos da vida.

Acreditamos que este estudo tem interface com a assistência, no âmbito da Atenção Básica. Trocas puderam ser realizadas com os profissionais dos CAPSis que nos acolheram com a nossa **clínica itinerante** – andávamos com a câmera e caixa de brinquedos por diversos bairros de São Paulo, para que o *setting* da proposta de interação fosse garantido. Por exemplo, em algumas dessas instituições a equipe de profissionais criou um grupo de trabalho destinado às mães e seus bebês, irmãos de crianças com autismo, seguindo o modelo de intervenção por nós proposto, o que pareceu ser um avanço no trabalho com essa população, ainda que se tenha notado a necessidade de dar tempo para que tal modelo fosse melhor internalizado. Esperamos que essas trocas se multipliquem e que os achados alcançados aqui sirvam de subsídios para se repensar a

assistência já oferecida e o que pode ser aperfeiçoado, visando as melhores condições de vida daqueles que dela precisam.

Por último, mas não menos importante, sentiu-se a necessidade de maior produção científica no campo da psicanálise, psicologia e práticas do cuidado, onde as temáticas parentalidade, autismo e migração sejam concomitantes e tomadas em consideração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHOTENGUI, J. L. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) **Gaceta Médica de Bilbao**. 106(4), 122-133, 2009.

Recuperadode<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304485809746657>

AINSWORTH, M. D. S., et al. **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation**. Hillsdale: Erlbaum, 1978.

ALVAREZ, A. **Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ALVES, M. V. B. **No campo de batalha: um estudo das reações emocionais de pais de bebês pré-termo e suas relações com a parentalidade**. Dissertação para obtenção do título de mestre, apresentada na Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 2015.

ARAUJO, G. **Étude sur le développement des frères et soeurs des enfants atteints d'autism**. Tese para obtenção do grau de doutora, na Universidade Paris VII e Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 2013.

BAKER-ERICZEN, M. J.; BROOKMAN-FRAZEE, L.; STAHMER, A. Stress level and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. **Research and practice for persons with severe disabilities**. v. 30, n. 4, p. 194-204, 2005.

BAENINGER, R.; FREITAS, P. Cidade e Imigração – Origens e territórios da imigração boliviana e coreana para a cidade de São Paulo. In: **População e cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais**. NEPO/UNICAMP; FAPESP; CNPQ, 2011.

BAILEY, A., et al. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. **Psychological Medicine**. v. 25, p. 63-77, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1998 (Texto original publicado em 1977).

BARRIGUETE, J. A. et al. A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BENSON, P. R. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. **Journal of autism and developmental disorders**. v. 36, n. 5, p. 685-695, 2007.

BERRIOS, L. E. Brasil Escola. Disponível em:

<https://monografias.brasilecola.uol.com.br/administracao-financas/o-imigrante-boliviano-no-estado-sao-paulo-etica-empresarial-nas-contratacoes.htm>

BICK, E. The experience of the skin in the early object relations. In: Briggs, A. (Org.) **Surviving Space**. Papers on Infant Observation. Londres: Karnac, 2002 (Trabalho original publicado em 1968).

_____. Notes on infant observation in psychoanalytic training. **International Journal of Psychoanalysis**. v. 45, 1984 (Trabalho original publicado em 1963).

BION, W. R. **Learning from experience**. London: Heinemann, 1962.

Brasil. São Paulo. Lei no 10.241. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BOLÍVIA. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del censo 2012. Disponível em: www.ine.gov.bo/. Acessado em: 8 de outubro de 2013.

BOLÍVIA. **Nueva constitución política del Estado**. Texto final compatibilizado, 2008.

BOSA, C; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 166-177, 2000.

BOWLBY, J. **Attachment and loss**. New York: Basic Books, 1969.

BYDŁOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Orgs.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E, 2002.

_____. **La deuda de vida: itinerario psicoanalítico da la maternidad**. Traducción Irene Marinas y Pablo Marinas. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.

Capitulo boliviano de derechos humanos, democracia y desarrollo (CBDHDD). **Miradas sobre la Migración Boliviana**. Aportes para el informe sobre migraciones. Bolivia, 2007.

CASSEL, T. D., et al. Early social and emotional communication in infant siblings of children with autism spectrum disorders: an examination of the broad phenotype. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. v. 37, n. 1, p. 122–132, 2007.

CHARMAN, T.; BAIRD, G. Practitioner review: diagnosis of autism spectrum disorders in 2- and 3-year-old children. **Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines**. v. 43, p. 289-305, 2002.

CRISPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CYMBALISTA, R.; XAVIER, I. R. **A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade.** São Paulo: Anpocs, 2007.

DAWSON, G., et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the early start denver model. **Pediatrics.** v. 125, n. 1, p. 17-23, 2010.

DOMENECH, E.; Magliano, M. J. Migraciones internacionales y política em Bolivia: passado y presente. **Estudios Migratorios Latinoamericanos.** v. 21, n. 66, 2010 (Trabalho original publicado em 2007).

ELSABBAGH, M., et al. Global prevalence of Autism and other pervasive developmental disorders. **Autism Res.** v. 5, p. 160–179, 2012.

EMANUEL, L.; BRADLEY, E. **What can the matter be?:** therapeutic interventions with parents, infants and young children. The Tavistock Clinic Series. London: Karnac Books, 2009.

FÉDIDA, P. **Depressão.** São Paulo: Ed. Escuta, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. Cuidado e saúde: uma visão integrada. In: MARIN, I. K.; ARAGÃO R. O. (Org.). **Do que fala o corpo do bebê.** São Paulo: Escuta; 2013.

FIORAVANTI, C. As raízes da resistência. **Revista Pesquisa FAPESP,** 2015.

FOLINO, C. S. G. **Sobre dores e amores:** caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade. Tese apresentada para obtenção do título de doutora ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

FONAGY, P., et al. **Affect regulation, mentalization and the development of the self.** Nova York: Other Press LLC, 2002.

FRAIBERG, S.; ADELSON, E. e cols. Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships In: FRAIBERG, S. (Ed.) **Clinical studies in infant mental health: the first year of life.** London: Tavistock, 1980.

FREITAS, P. T. Família e inserção laboral de jovens migrantes na indústria de confecção. **Revista interdisciplinar da mobilidade humana.** v. 22, p. 231-246, 2014.

FREUD, S. Recordar, repetir, elaborar. In: _____. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia: Relato em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913).** Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (Trabalho original publicado em 1914-1916).

_____. Totem e Tabu. In: _____. **Totem e Tabu: Contribuição à História do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)** Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [Trabalho original publicado em 1919 (1912-1913)].

_____. Introdução ao narcisismo. In: _____. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916).** Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (Trabalho original publicado em 1914-1916).

_____. Luto e melancolia. In: _____. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b [Trabalho original publicado em 1917(1915)].

_____. O estranho. In: _____. **História de uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1919)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 17. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996 (Trabalho original publicado em 1919).

GERALDINI, S. A. R. B. Becoming a person? Learning from observing premature babies and their mothers. **Infant Observation**. v. 19, n. 1, p. 42-59, 2016 DOI: 10.1080/13698036.2016.1161539

GIRAUD, F.; MORO, M-R. Parentalidade e migrações. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe, conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA GIRADE, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (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.

_____. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão**. Trad. bras. Inês Catão. 1ª ed. (Coleção 1ª Infância) São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GONZALES, M. A. Saúde na perspectiva indígena Aymará. In: RATTNER, D. **Terra e a medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural**. 2009.

GRONBORG, T.; SCHENDEL, D.; PARNER, E. Recurrence of autism spectrum disorders in full and half siblings and trend over time: a population-based cohort study. **JAMA Pediatrics**. v. 167, n. 10, p. 947-953, 2013.

GUEDENEY, A.; FERMANIAN, J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the Alarm Distress Baby Scale. **Infant Mental Health J**. v. 22, p. 559-575, 2001.

GUERRA, V. O ritmo na vida psíquica: entre perda e re-encontro. In: ZORNIG, S. M, A-J.; ARAGÃO, R. O. (Orgs.) **Nascimento: antes e depois, cuidados em rede**. Curitiba: Honoris Causa, 2010.

GUPTA, A. R; STATE, R.; MATTHEW, W. Autismo: genética. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 28, n. 1, p. 29-38, 2006.

HALLMAYER, J.; CLEVELAND, S.; TORRES, A., et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. **Archives of General Psychiatry**. v. 68, n. 11, p. 2095-1102, 2011.

HAYES, S. A.; WATSON, S. L. The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and

without autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders.** v. 43, p. 629-642, 2013.

HASTINGS, R., et al. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders.** v. 35, n. 5, p. 635-544, 2005.

HOFFMAN, C. D., et al. Parenting stress and closeness mothering of typically developing children and mothers of children with autism. **Focus on autism and other developmental disabilities.** v. 24, n. 3, p. 178-187, 2009.

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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: 2002 e 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acessado em: 8 de outubro de 2014.

KASARI, C.; SIGMAN, M. Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. **Journal of Autism and developmental disorders.** v. 27, n. 1, p. 39-57, 1997.

KLAUBER, T. The significance of trauma and other factors in work with the parents of children with autism. In: ALVAREZ, A.; REID, S. **Autism and personality.** Findings from the Tavistock autism workshop. London: Routledge, 1999.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrantes e refugiados na saúde e saúde mental. **Revista psicologia USP.** v. 26, n. 2, p. 169-174, 2014.

KOEGEL, R. L., et al. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. **Journal of autism and developmental disorders.** v. 22, n. 2, p. 205-216, 1992 DOI:10.1007/BF01058151

KOLTAI, C. **O Estrangeiro – Um conceito limite entre o psicanalítico e o político.** Tese para obtenção de grau de doutor apresentada na PUC-SP. São Paulo, 1997.

KUPFER, M. C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. **Estilos da Clínica.** v. 4, n. 7, p. 96-107, 1999.

LACHINI, A. Grande São Paulo pode ter até 500 mil bolivianos. **Gazeta do Povo** [internet]. 16 fev. 2014. Acessado em 12 de abril 2015. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/grande-sao-paulo-pode-ter-ate-500-mil-bolivianos-es0z58td2egmx78zzz8mk5npq>.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito.** Salvador: Ágalma, 2004.

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

_____. Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LERNER, R. **Clinical risk indicators for child development: determining its discriminative capacity among autism, mental retardation and normality.** Thesis for the position of Associate Professor, Institute of Psychology, University of Sao Paulo. Sao Paulo, 2011.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 22, v. 11, p. 2339-2348, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf>. Acessado em: 18 de janeiro 2017.

MANETTA, A. **Dinâmica populacional, urbanização e ambiente na região fronteiriça de Corumbá.** Dissertação para a obtenção do título de mestre, apresentada na UNICAMP. Campinas, 2009.

MAZURECK, H. Three pre-concepts regarding in the internal migration in Bolivia. **Humanidades Ciencias Sociales.** 3, 2007.

MENDES DE ALMEIDA P., M. Feeding difficulties in infancy: Faruk and Shereen. In: WILLIAMS, G. et al. **Exploring feeding difficulties in children.** London: Karnac, 2004.

MENDES DE ALMEIDA, M. **Aspectos emocionais presentes nas dificuldades alimentares iniciais: compreensão e intervenção nas relações pais-bebês em contexto pediátrico: Tese para obtenção do título de doutora, apresentada na UNIFESP.** São Paulo, 2018.

MESSINGER, D., et al. Beyond Autism: A baby siblings research consortium study of high-risk children at three years of age. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v. 52, n. 3, p. 300-308, 2013.

MONTES, G.; HALTERMAN, J. S. Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. **Pediatrics.** v. 119, n. 5, E1040-E1046, 2007.

MORO, M-R. Os ingredientes da parentalidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** v. 8, n. 2, p. 258-273, 2005.

NIX, C. M.; ANSERMET, F. Prematurity, risk factors and protective factors. In ZEANAH, J. R. C. H. (Ed.). **Handbook of infant mental health.** New York: Guilford Press, 2009.

NUNES, L. H. Estado e embates socioterritoriais na Bolívia do século XXI. **Revista de Economia Política.** v. 29, n. 2, p. 228-244, 2009.

ROSSI, C. L. **Nas costuras do trabalho escravo.** Trabalho de conclusão de curso apresentado na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

OSBORNE; REED, P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. **Research in autism spectrum disorders**. v. 4, n. 3, p. 405-414, 2010.

OZONOFF, S., et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: A baby siblings research consortium study. **Pediatrics**. v. 128, n. 3, 2011.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento 2012**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2012.aspx>. Acessado em: 24 de outubro de 2016.

QUINTERO, N.; MCINTYRE, L. L. Sibling adjustment and maternal well-being: an examination of families with and without a child with an autism spectrum disorder. **Focus autism other developmental disabilities**. v. 25, n. 1, p. 37-46, 2010.

REY, G. **Pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

RIZEK, C. A; GEORGES, I.; SILVA, C. F da. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil – Argentina. **Revista Lua Nova**. n. 79, p. 11-142, 2010.

ROCHETTE, J. Le rituel, la mere et le bébé: un dispositif de soin en périnatalité, les groups de présentation de bébé. **Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe**, v. 1, n. 40, p. 93-126, 2003.

_____. Le temps du post-partum immediate. Une Clinique du “qui-vive” et de l’après coup. **Neuropsychiatrie de l’Enfance de l’Adolescence**. n. 53, p. 11-18, 2005.

SALOMONSSON, B. The music of containment. Addressing the participants in mother-infant psychoanalytic treatment. **Infant Mental Health Journal**. v. 32, n. 6, 2011.

SALZBERGER-WITTENBERG, I. **Psycho-analytic insight and relationships: a Kleinian approach**. London: Routledge & Kegan Paul, 1970.

SANDIN, S., et al. The familial risk of autism. **The Journal of American Association**. v. 311, n. 17, p. 1770-1777, 2014.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SIFUENTES, M.; BOSA, C. Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade. **Psicologia em Estudo**. v. 15, n. 3, 2010.

SILVA, M. C. P. **A construção da parentalidade em mães adolescentes**. Um modelo de intervenção e prevenção. São Paulo: Escuta, 2014.

SILVA, S. A. D. **Costurando Sonhos**. Trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Editora Paulinas, 2007 (Trabalho original publicado em 1997).

_____. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. **Estudos Avançados**. v. 20, n. 57, p. 157-170, 2006.

_____. Faces da latinidade: hispano-americanos em São Paulo. **Textos NEPO**. v. 55, 2008.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Retornando para a família de origem: fatores risco e proteção no processo de reinserção de uma adolescente institucionalizada. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** n. 17, v. 3, p. 134-146, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n3/13.pdf>. Acessado em: 19 de janeiro 2017.

SLADE, A. Reflective parenting programs: Theory and development. **Psychoanalytic Inquiry**. v. 26, n. 4, 2007.

SLADE, A. Mentalizing the unmentalizable. Parenting children on the spectrum. **Journal of infant, child and adolescent psychotherapy**. v. 8, n. 1, 2009.

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

STERN, D. **The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology**. New York: Basic Books, 1985.

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

SUMI, S.; TANIAI, H.; MIYACHI, T. Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. **J Hum Genet**. v. 51, p. 518-522, 2006.

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

TAYLOR, J. L.; WARREN, Z. E. Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. **Journal of autism developmental disorder**. v. 42, n. 7, p. 1411-1418, 2012.

TREVARTHEN, C. Communication and co-operation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In BULLOWA, M. (ed.) **Before speech: the beginning of personal communication**. Cambridge: CUP, 1979.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

WING, L.; POTTER, D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? **Ment Retard Dev Disabil Res Rev**. v. 3, n. 8, p.151-161, 2002.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1956).

_____. A capacidade para estar só. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 31-37. 1998 (Trabalho original publicado em 1958).

_____. **The Child, the Family and the Outside World**. Harmondsworth: Penguin Books, 1964.

XAVIER, I. R. A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade. In: BAENINGER, R. **Imigração Boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de estudos de população NEPO/UNICAMP; FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012.

YAJAHUANCA, R. S. A. **Sem Kutipa**: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes kukamas kukamirias. Dissertação para a obtenção de título de mestre, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2009.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo psicanalítico**. v. 42, n. 2, 2010.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Dra. Julia Garcia Durand, (pesquisadora de pós-doutorado do Instituto de Psicologia da USP, End: Av Prof Mello Moraes, 172 cep 05508-030, tel 999507416, email: juliadurand@usp.br), convido

responsável por _____ a participar de um estudo denominado “*Avaliação de intervenção na interação entre pais e bebês irmãos de crianças com transtornos do espectro do autismo*”, supervisionado pelo professor Rogério Lerner. Seu objetivo é avaliar os efeitos de um modelo de intervenção promotora de melhora das condições de saúde mental dos pais, desenvolvimento do bebê e, conseqüentemente, da interação entre eles. O estudo será realizado por meio de entrevistas com você e de filmagens de sua interação com seu bebê.

Asseguro que sua privacidade e a do seu filho (a) serão respeitadas, ou seja, seus nomes ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar vocês, serão mantidos em sigilo.

Informo também, que vocês poderão se recusar a participar do estudo ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Garanto que, no caso de desejar sair da pesquisa, vocês não sofrerão nenhum tipo de prejuízo.

Comprometo-me a deixar livre o acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que vocês possam querer saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. É assegurada orientação e encaminhamento a serviços que possam garantir assistência a você e ao seu filho (a), caso esta seja necessária.

Comunico que a participação na pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco nem para você nem para seu filho (a). Pode ocasionar somente o possível desconforto de responder às perguntas sobre o desenvolvimento do seu filho (a). Comunico também, que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela sua participação.

Peço a sua autorização para a publicação dos dados obtidos em eventos científicos e acadêmicos, sempre assegurando o sigilo quanto às identidades.

Enfim, após orientá-los sobre o teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e objetivo do já referido estudo, peço que vocês se manifestem quanto ao interesse e livre consentimento em participar da pesquisa.

Este termo será emitido em duas vias assinadas por você e por mim, pesquisadora, sendo uma cópia para cada parte.

São Paulo, _____ de _____ de 2014

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e responsável pelo bebê participante.

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Caso haja dúvidas e denúncias quanto a questões éticas, entrar em contato com o **Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da USP** na Av. Professor 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. Também é possível acessar o **Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo**: smscep@gmail.com / 11-33972464.