

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TEREZA MARQUES DE OLIVEIRA

**ATENÇÃO MATERNA PRIMÁRIA E CONSULTA TERAPÊUTICA: UMA
PROPOSTA DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA**

SÃO PAULO
2008

TEREZA MARQUES DE OLIVEIRA

**Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção
comunitária**

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

Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientador: Prof. Dr. José Tolentino Rosa

SÃO PAULO
2008

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
Serviço de Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Tereza Marques de.

Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária / Tereza Marques de Oliveira; orientador José Tolentino Rosa.

-- São Paulo, 2008.

137 f.

Tese (Doutorado - Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise. 2. Consulta terapêutica. 3. Profilaxia de distúrbios psicológicos em bebês. 4. Gestantes. 5. Psicoterapia mãe-bebê

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tereza Marques de Oliveira

Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maura, e ao meu pai, Sebastião, em memória.

*Juntos criaram um lar num campo verde sem fim,
onde pude ser criança, brincar e aprender a amar o estudo.*

*Às mulheres e mães de Paraisópolis que,
também desejosas de um lar para seus filhos,
estendem as mãos em nossa direção,
na esperança de encontrar aquilo que necessitam criar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço às mulheres e mães de Paraisópolis, fortes, corajosas, destemidas e que, semelhantes a minha mãe, não se deixam intimidar pela custosa e difícil tarefa de criar seus filhos praticamente sozinhas, tornando-os independentes e gratos. É assim que se transmite o reconhecimento pela herança recebida, aqui manifestada no interesse em estudar, conhecer e cuidar das mães e de seus bebês.

Em Paraisópolis aprendi a não desviar o olhar para não ver o horror que a miséria e a pobreza trazem, podendo então enxergar, também ali, o ambiente seguro e confiável que todo bebê afortunado encontra ao nascer e que pode não se encontrar nos berços das lindas casas vizinhas.

Agradeço também a Paloma Vega de Matos Martins, Joacira Motta Matos Dantas, Christiane Freitas Lima Nascimento e Sandra Oliveira, profissionais que integram a equipe do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, que atenciosamente atendeu as nossas solicitações para consultas ao banco de dados daquele Setor.

Aos meus pacientes e supervisionadas, pela compreensão que demonstraram, aceitando prolongar as férias para a conclusão do trabalho.

À Débora Domingues Noronha, amiga e parceira na fundação da Habitare e na implantação do Projeto e à Luiz Roberto Souza Noronha, amigo que graciosamente assessorou o processo de constituição jurídica da Habitare.

Ao amigo Daniel Kauffmann, que soube conduzir com competência a coordenação dos nossos projetos na minha ausência.

A Priscilla D. França, Ana S. Barini, Ana Luiza Garcia e Simone Varandas, integrantes do Projeto Parentalidade, pela colaboração na supervisão e coordenação dos projetos em campo.

À equipe de psicoterapeutas da Habitare, que, ao lado da formação técnica, dispõe de grande sensibilidade, tornando-as especiais: Ana Helena D’Seixas de Campos, Ana Luiza Garcia, Ana Raquel Wanderley, Fabíola Junqueira, Fernanda Jock Piva, Janaina Coniaric, Kate Delfini dos Santos, Lais B.Barbosa, Lenise R. Yamin, Lorena Tourinho, Luisa Nogara, Maria Elismar Arruda, Patrícia Borges, Priscilla França, Sandra M. Steremberg, Simone Varandas.

Ao meu orientador, Dr. José Tolentino, que me recebeu para orientação, pela paciência, contribuições e respeito às minhas iniciativas e rumos.

A Dra. Tânia Aiello Vaisberg, pelas contribuições e sugestões inestimáveis na qualificação.

A Dra. Audrey Setton Lopes, pelas contribuições sempre enriquecedoras e pelo incentivo desde o meu início no Instituto Sedes Sapientiae.

Ao querido amigo José Outeiral com quem iniciei os estudos da obra de Winnicott.

Aos colegas e amigos do Instituto Sedes Sapientiae: Denise Souza Feliciano, Luciana Bertini, Magali Miranda Marconato, Mariangela Almeida, Maria Cecília Pereira da Silva, Luciana Bertine, Sandra Tischner, Sueli Hisada, Tales Ab’Saber.

Ao comitê de Ética do I.E.P, na pessoa da Dra. Sonia Barros e Soely de Moura, pelas orientações eficientes e agilidade nos encaminhamentos.

À Alina Zoqui de Freitas Cayres, pela eficiente leitura, sugestões e formata dos textos, sempre me acolhendo nos momentos de angústia.

À amiga Cláudia Perrotta também pela cuidadosa revisão.

À Luciana de Oliveira, membro da Habitare e integrante do Projeto, pela paciente ajuda nas referências.

Às amigas Dione Maria Pazzetto Ares, irmã do coração, Denise Felicino de Souza, Maria Izabel Bacci, Sonia Chiorotto, e os amigos Adilson Chiorotto, Afrânio de Matos, Ermgard e Ronald Ares

Aos meus irmãos, sobrinhos pela atenção, incentivo e carinho que sempre me dedicam.

E por fim, mas sempre presente, ao Pedro, companheiro de tantos anos, pelo respeito que tem pela minha profissão e admiração pelo Projeto; e à Manuela, nossa filha, que aprendeu a tolerar as minhas ausências, apesar da falta que sente, e pela grande ajuda na digitação do trabalho.

Finalmente, aos meus pais, por terem permitido que fizesse escolhas como esta na minha profissão, através da qual posso contribuir na tremenda tarefa de se tornar pais.

EPÍGRAFE

MATERNIDADE

Seu desejo não era desejo

Corporal.

Era desejo de ter filho, de sentir, de saber que tinha filho,

Um só filho que fosse, mas um filho.

Procurou, procurou pai para seu filho.

Ninguém se interessava por ser pai.

O filho desejado, concebido

Longo tempo na mente, e era tão lindo,

Nasceu do acaso, o pai era o acaso.

O acaso nem é pai, isso que importa?

O filho, obra materna,

É sua criação, de mais ninguém.

Mas lhe falta um detalhe,

O detalhe do pai.

Então ela é mãe e pai de seu garoto,

A quem, por acaso,

Falta um lobo de orelha, a orelha esquerda.

(Carlos Drummond de Andrade, 1984)

RESUMO

OLIVEIRA, T.M. Atenção Materna Primária e Consulta Terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária. 137 f. Tese (Doutorado). Orientador: J. Tolentino Rosa, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

O estado de preocupação materna primária é condição necessária para a maternagem do bebê. Nesta condição a futura mãe recorre a sua própria experiência de ter sido bebê e cuidado por uma mãe. Esta pesquisa foi parte do projeto "Parentalidade Consultas Terapêuticas com Gestantes" desenvolvido na Comunidade de Paraisópolis, São Paulo, Brasil, em parceria com o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis. O objetivo geral foi compreender a eficácia das consultas terapêuticas, criadas e desenvolvidas por Donald Winnicott e posteriormente ampliadas por Serge Lebovici, no favorecimento do estado de preocupação materna primária na gravidez de alto risco. Os objetivos específicos foram: (a) Prevenir as perturbações médicas e psicológicas que dificultam o desenvolvimento do vínculo mãe – bebê; (b) Mostrar, através do delineamento de “contraste metodológico”, a evolução clínica patológica, de uma bebê atendida em consulta terapêutica e a importância da intervenção precoce na gravidez de alto risco. A amostra de casos emblemáticos foi composta por quatro gestantes com gravidez de alto risco, selecionadas de uma população de 120 grávidas, atendidas entre 2006 e março de 2007. Foram considerados emblemáticos por representar a população quanto a faixa etária, gravidez de risco, móvel de encaminhamento, questões trazidas para as consultas terapêuticas, manejo do caso e número de consultas. Através da análise dos relatos clínicos, foi possível concluir um crescente envolvimento das mães com seus bebês, resultando em maior identificação com eles, o que foi confirmado pela maternagem suficientemente boa que ofereciam depois do nascimento. Nos quatro casos não houve queixas somáticas associadas a vínculos emocionais (como hipertensão, diabetes, infecções). Foi observada também significativa melhora da auto-estima e do grau de esperança, ausentes no início das consultas. Quatro fatores contribuíram decisivamente para esses resultados: o caráter pontual do procedimento e sua potência clínica; a condição psicológica singular na gravidez a formação e sensibilidade das terapeutas que participavam do projeto e, por fim, a função da rede de apoio desempenhada pela equipe do Programa. A consulta terapêutica mostrou ser um instrumento adequado para o trabalho psicofilático também com populações que apresentam este perfil. Para ilustrar a importância do trabalho clínico pela psicoterapia mãe-bebê, método desenvolvido por Serge Lebovici, e o desenvolvimento da preocupação materna primária como prevenção dos distúrbios psicofuncionais e de transtornos graves no bebê, foi incluído um caso de intervenção terapêutica, no qual a intervenção psicológica foi feita com os pais e o bebê. O caso Aline mostrou a importância do trabalho clínico na psicoterapia de bebês e, principalmente, forneceu um contraste metodológico para avaliar a eficácia das consultas terapêuticas no Programa de Apoio a Gestantes no desenvolvimento e manutenção da preocupação materna primária como uma estratégia de intervenção precoce e prevenção na gravidez de risco e de distúrbios psicofuncionais no bebê ou transtornos graves. Concluiu-se que o ambiente de confiança estabelecido no *setting* por uma terapeuta suficientemente boa e as condições favoráveis propiciadas pela maternagem no período da gravidez se mostraram importante na intervenção precoce e na prevenção secundária de riscos, uma vez que os líderes comunitários podem ser acionados logo no início das dificuldades. A estratégia de consultas terapêuticas foi eficaz na intervenção psicológica na gravidez de alto risco, com resultados satisfatórios para a saúde mental da mãe e do bebê.

Descritores: Psicanálise; Consulta Terapêutica; Profilaxia de distúrbios psicológicos em bebês; Gestantes; Psicoterapia mãe-bebê; gravidez de risco.

ABSTRACT

OLIVEIRA, T.M. *Primary Maternal Assistance and Therapeutic Consulting: a preventive community proposal*. 137 f. Thesis (Clinical Psychology Doctorate). Adviser: J. Tolentino Rosa. Department of Clinical Psychology, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

The “state of primary maternal concern” is a necessary condition for the baby nurturing motherhood. In this condition, the future mother employs her own experience of having been a baby who was attended by her mother. This research is situated within the project “Fatherhood: therapeutic consultations to pregnant women”, developed in the Community of Paraisópolis, in partnership with the Einstein Hospital Program for the Community of Paraisópolis, São Paulo city, Brazil. The general objective of this research was understand the efficacy of therapeutic consultations, created and developed by Donald Winnicott and later expanded by Serge Lebovici, in favoring the “state of primary concern” in high-risk pregnancy women. The specific objectives were: (a) To prevent somatic and psychological disorders in the development of a secured attachment between mother and her child; (b) To show, throughout a contrasted methodological counter-example, that installation of psychopathological symptoms in early children can be prevented with early mothering intervention. A sample of four emblematic cases of high-risk pregnant women was selected among a population of 120 pregnant women, attended in the period of January 2006 to March 2007. Emblematic cases represent the population on age distribution, high-risk pregnancy, early diagnosis, and questions discussed in therapeutic consultations, case management, and number of sessions. Analysis of clinical sessions and therapeutic consultations showed an increased compromising between mother and baby, resulting of deepening knowledge of their alterity, confirmed after birth by a “good enough” nurturing mother. It was also observed significant improvement in self, and the presence of hope feelings, which were absent in the first therapeutic consultations. Four factors decisively contributed to good results: the punctuality of the sessions; the clinical power of therapeutic consultation; a natural psychological condition during pregnancy, the training with theory, supervision, and ethical and clinical training, as part of the Fatherhood Project and, finally, the supporting network by the team of Program for Psychological Attention of Pregnant Women. Therapeutic consultations would seem to be a suitable tool for psychoprophylactic job, especially with mothers with high-risk vulnerabilities.

Index-terms: Psychoanalysis; therapeutic consultations; psychological prophylaxis; early children disorders; high-risk pregnancy; mother-baby psychotherapy.

Sumário de Conteúdos

1. Introdução: um pouco de história.....	
2. Consultas terapêuticas: pressupostos teóricos e metodológicos.....	23
2.1 Alguns rabiscos biográficos de Donald W. Winnicott.....	23
2.2. Saúde da gestante e preocupação materna primária.....	28
2.2.1 Saúde da gestante e principais psicopatologias associadas ao pré e ao pós-parto.....	28
2.2.2 A preocupação materna primária: da mãe suficientemente boa à constelação maternidade - o universo da fantasia presente na interação mãe-bebê do pré ao pós-parto.....	35
2.3 O desenvolvimento emocional primitivo: da dependência mãe-bebê ao bebê competente, igualmente dependente.....	40
2.3.1 Pressupostos winnicottianos sobre o desenvolvimento emocional primitivo	40
2.3.2 O bebê competente e igualmente dependente: breve apresentação do estudo do desenvolvimento do bebê na contemporaneidade.....	55
2.4 Consultas Terapêuticas: um aspecto da psicanálise aplicada.....	58
2.4.1 Técnica e especificidades (1920 –1971).....	58
2.4.2..... Contribuições posteriores à Consulta Terapêutica: o legado de Lebovici e a Clínica da Parentalidade e demais contribuições a psicopatologia do bebê.....	65
3.....	Objetivos gerais e específicos.....
4. Estratégias e recursos metodológicos.....	86
4.1 Descrição do campo.....	86
4.1.1 A comunidade de Paraisópolis.....	86
4.1.2 Perfil dos sujeitos.....	88
4.2 Procedimentos.....	88
4.2.1 Local de atendimento.....	89
4.2.2 Como foi feito o encaminhamento, número de consultas e tempo das sessões.....	89
4.2.3 Constituição do setting e funções do terapeuta.....	90
4.2.4 A supervisão clínica dos casos.....	95
4.2.5 Análise dos dados.....	96
5. Clínica da parentalidade e atenção materna primária: uma proposta de prevenção comunitária.....	97
5.1 Carmen: o setting terapêutico como um lugar para o perdão.....	99
5.2..... Frida: o outro na costura da história.....	104
5.3 Luciana: uma história de privações.....	113
5.4..... Lina: um exemplo de mandato transgeracional.....	122
6. Considerações finais e conclusões.....	128
6.2.....	
Conclusões.....	137
7. Referências.....	138

1. Introdução: um pouco de história

Na escritura de um trabalho que busca retratar uma experiência humana, um tanto da biografia do autor passa a fazer parte dele. A procura e o encontro da forma que melhor comunique a verdadeira questão, recorte da trajetória de sua vida, pessoal e profissional. As palavras se organizam e se reorganizam em desenhos criativos, novas combinações, metáforas para comunicar a representação da experiência vivida. Paradoxalmente, as frases se juntam, os parágrafos crescem, o texto ganha corpo, a escritura termina. Como todo gesto humano. Foi no “lugar” do “espaço do sonho” onde o verdadeiro trabalho aconteceu.

Tereza Marques de Oliveira

Desde o início da minha atividade profissional, a clínica e o ensino estiveram presentes, compondo uma parceria interessante e fecunda.

Iniciei a graduação no final dos anos 60, na Universidade de Mogi das Cruzes, a primeira faculdade privada da Grande São Paulo. A carreira universitária começou nessa mesma instituição de ensino, na disciplina de psicologia experimental, em que permaneci por doze anos. Em 1976, me matriculei na pós-graduação na PUC de Campinas, na área clínica, mais especificamente em modificação de comportamento. Porém, devido a questões burocráticas, precisei pedir transferência para a PUC de São Paulo, e então acabei desistindo do projeto original, mesmo já tendo sido aprovada na qualificação.

Foi somente no final dos anos 90 que retomei o mestrado, para concluí-lo em 2000, já tendo como base a abordagem psicanalítica (OLIVEIRA, 2001a). Minha formação nesse campo se deu no Instituto Sedes Sapientiaë, onde passei a estudar o desenvolvimento infantil, a psicopatologia e a clínica voltada a crianças em idades cada vez mais precoces. Na mesma época, recomencei a lecionar na universidade Mackenzie, escolhendo então disciplinas que se articulam pelo “avesso” (AIELLO-VAISBERG;

GRANATO 2006) ou “pelo negativo” (WINNICOTT, 1963/1994), e nelas introduzindo o estudo de Donald D. Winnicott.

Pude observar que o estudo introdutório dos conceitos da Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, posterior ao estudo de Freud e Klein, foi bem aceito pelos alunos. Atendendo à solicitação deles durante vários anos, ofereci, então, disciplinas eletivas para aprofundar os conceitos propostos por Winnicott, pois considero fundamental que, ainda na graduação, os alunos conheçam a área da prevenção e intervenção precoce, um profícuo campo de atuação profissional, na expectativa inclusive de inspirá-los a buscar futuramente uma especialização nessa área.

Essa experiência também deu início ao projeto de constituir uma entidade em parceria com alguns dos meus alunos já formados, para que pudéssemos realizar com mais liberdade nossos objetivos de estudar e desenvolver a clínica e a pesquisa referendadas na teoria winnicottiana.

Em 1999, quando conclui o mestrado, passei a me dedicar a esse projeto, e no ano seguinte inauguramos a **Ong Habitare: Centro de Atendimento, Estudo e Pesquisa em Psicanálise e Psicossomática**. Escolhemos esse nome por que a dissociação psique-soma era um dos temas que estudávamos e por fazer alusão ao processo de integração, de “personalização”; ou seja, a psique “habita” o corpo na reunião psicossomática.

Em continuidade a esse percurso, no ano de 2000 participei do Curso de Psicopatologia do Bebê, que fazia parte da terceira geração de Diplomados à Distância, organizada, desde 1999, pela Universidade Paris XIII, pela *Association Franco Mexicaine* e pela Universidade Virtual Euroamerica, e tendo como coordenador geral o Prof. Serge Lebovici. No Brasil, a coordenação foi da professora Dra. Maria Cecília

Pereira da Silva. O curso estuda a psicopatologia do bebê e propõe intervenções precoces, tomando como “janela clínica” (STERN, 1997) a interação pais-bebê. Basicamente, propõe-se que, através da reconstrução da história transgeracional, a relação do sintoma do bebê com a história contada pelos pais se torne manifesta; quando é possível ressignificar o sintoma, ocorre sua remissão.

Ao longo dessa jornada, sempre procurei me manter informada sobre as novas teorias, tendências e pesquisas das áreas e temas citados, através de publicações, participação em eventos científicos, projetos e cursos de especialização. Passei a estudar as formulações teóricas de Serge Lebovici, Bernard Golse, Phillipe Mazet, Serge Stoleru, Daniel Stern, Terry Brazelton, Leon Kreisler, Anne Alvarez, autores do campo da psicanálise que articulam desenvolvimento, pesquisa, clínica, prevenção e dialogam com Winnicott, pois compartilham com ele a visão do desenvolvimento emocional primitivo e da psicopatologia precoce. Nessa perspectiva, formularam, e continuam formulando, importantes aportes teóricos, clínicos e metodológicos que ampliam o conhecimento sobre o estudo do desenvolvimento e da psicopatologia da clínica do bebê.

Em particular, no ano de 1983, Lebovici introduziu na França a psiquiatria do bebê, ao estabelecer que a interação deste com sua mãe é indissociável no desenvolvimento afetivo da criança pequena. O autor realizou o estudo clínico das psicopatologias precoces, atualizadas nessa interação, que provoca vínculos disfuncionais e/ou produz sintomas no bebê e/ou na mãe. E como técnica de intervenção nesse processo, adotou como referência os pressupostos da Consulta Terapêutica de Winnicott.

De fato, Winnicott (1956/1993) foi dos primeiros psicanalistas a reconhecer e descrever as mudanças psicológicas que acompanham a gravidez, alertando os profissionais para não tomarem os sintomas exclusivamente como manifestação de fatores orgânicos, o que não significa negar a presença destes. Alguns autores consideram a gravidez um momento de “crise do desenvolvimento”, comparando-a à adolescência e à menopausa, nas quais ocorrem a reelaboração dos papéis identificatórios, de modo que a pessoa não sai dela da mesma maneira como entrou (BIRBRING et al., 1961; STERN, 1997).

As formulações teóricas e técnicas sobre o estudo das transmissões da herança psíquica patológica indicam que estas começam a atuar na gestação através das representações mentais que a mãe constrói sobre o bebê-feto, sendo que, após o nascimento, podem continuar atuando por meio das interações afetivas entre ambos. E são justamente essas representações que podem levar a vínculos disfuncionais e/ou a sintomas psicofuncionais no bebê, sendo que este também pode produzir alterações no vínculo, tornando-o disfuncional pela atualização de conflitos na mãe.

O trabalho em psicoprofilaxia, portanto, deve começar ainda na gestação, no cuidado da saúde psíquica da mãe, pois os processos do amadurecimento do bebê se iniciam já nesse momento (AIELLO-VAISBERG, GRANATO, 2006; BYDŁOWSKY, 2002; LEBOVICI; SOLIS-POTON 2004; CÉLIA, 2002, 2004; SZEJER, STUART, 1997; STERN, 1997).

O acolhimento das angústias e dos conflitos que emergem então, especialmente entre aquelas que não contam com os suportes necessários para entrar no estado de preocupação materna primária, favorece o vínculo bem como a atuação frente a fatores psicológicos, como somatizações, possibilidade de partos prematuros, de intercorrências

clínicas e psicológicas no pré e pós-parto. Importante destacar que os cuidados com a saúde da gestante se estendem a todos os membros da família, pois “quando se cura a mãe, se cura toda a família” (MORO, 2007). A morte da mãe, por exemplo, não implica a morte de apenas uma pessoa, pois com sua morte toda a família é atingida, ameaçando a sobrevivência dos filhos. Se ambos os pais estão vivos a porcentagem de morte dos filhos é de 2%. Quando morre o pai a porcentagem é de 3%. Porém, se a mãe morre a porcentagem de morte dos descendentes é de 11%. (FESCINA, 2002). De fato, cuidar da mãe é cuidar da família, como disse Moro.

O Projeto Parentalidade

Atualmente, usufruímos de uma extensa produção de conhecimentos científicos em diferentes campos, construída por clínicos, pesquisadores, psicólogos desenvolvimentistas, pediatras psiquiatras infantis e psicanalistas, como Winnicott e Lebovici. Isso tornou possível a realização de projetos de políticas públicas, tanto para promover a saúde quanto para intervir precocemente, sendo então criados inúmeros instrumentos de avaliação do desenvolvimento, dispositivos experimentais de fácil utilização pelos profissionais de saúde, para identificar sinais de riscos/alerta em idades cada vez mais precoces.

Como afirma Antoine Guedeney (2001, 2002), entre os estudiosos é consenso que o aporte de conhecimento acumulado pela ciência deveria receber a contrapartida das instâncias governamentais, que deveriam então investir em projetos que beneficiassem amplos setores da população, de modo especial aqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade devido a fatores econômicos e sócio-culturais, resultado de uma política econômica perversa.

O Projeto Parentalidade foi idealizado, justamente, como uma proposta de intervenção a partir desse âmbito e realidade, considerando a relevância do trabalho psicoprofilático, já legitimada na literatura especializada e na experiência profissional.

Trata-se de um Programa de acompanhamento pré-natal que se soma ao atendimento psicológico durante a gestação a essa população em situação de maior vulnerabilidade, tal como proposto pela parceria Projeto de Atenção à Gestante - **PAG** e Projeto Parentalidade da **ONG Habitare**. Além de prevenir e/ou diminuir a incidência de manifestações somáticas e psíquicas, o projeto tem como objetivo favorecer o vínculo da mãe com o bebê, ainda no útero e o aleitamento materno.

A presente pesquisa localiza-se, então, dentro do *Projeto Parentalidade - Ser Mãe: Consultas Terapêuticas na Comunidade Paraisópolis*, desenvolvido pela ONG Habitare, sob responsabilidade e coordenação da pesquisadora desta tese. O Projeto é realizado em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, desde o ano de 2004, pelo *Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis - PEC*, que desde 1997 desenvolve inúmeros projetos sociais nessa região, entre eles o PAG.

O Projeto Parentalidade é uma proposta de intervenção precoce às gestantes que participam do PAG, realizada por terapeutas-membros da Habitare, sob minha supervisão. Para compreender melhor essa estrutura, apresento abaixo uma breve descrição do PAG.

O PAG é um programa de acompanhamento à gestante de baixa-renda, complementar ao pré-natal¹, que visa uma gravidez monitorada, com atendimento

¹ Embora o serviço de pré-natal oferecido às gestantes pela rede pública de saúde seja considerado indispensável, o PAG reconhece que ele não é suficiente para atender às demandas da mulher durante a gravidez, em seus aspectos bio-psico-sociais.

humanizado e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Adota como critério de inclusão: mulheres residentes da Comunidade Paraisópolis, com idade gestacional igual ou inferior a 20 semanas, regularmente matriculadas no pré-natal.

A coordenadora deste Programa é uma pediatra, e a equipe técnica é formada pela assistente social, enfermeira, nutricionista, psicóloga, pedagoga e obstetra. Essa equipe propõe a formação de grupos sócio-educativos de atenção a gestantes, nos quais os cuidados médicos constituem um dos aspectos a serem considerados, dentre todas as demandas da mulher na gestação. No grupo pode-se complementar ações desenvolvidas no pré-natal, melhorando indicadores como anemia materno-fetal, condição nutricional materna, vínculo mãe-filho, conhecimentos específicos sobre parto, pós-parto, cuidados com o recém nascido e aleitamento materno.

O PAG identificou também uma demanda dessa população por atendimento psicológico, uma vez que os trabalhos até então oferecidos aos grupos de gestantes não davam conta das queixas de ordem psicológica associadas à experiência de gravidez, do parto e da maternagem. Para atender tal demanda, e na condição de coordenadora da Habitare, propus um projeto de consulta terapêutica que conta com um grupo de psicólogos que foram capacitados na área de intervenção precoce.² Foi esse serviço psicológico que originou a presente tese de doutorado, iniciada em 2003.

A dinâmica mental presente na gravidez favorece o trabalho terapêutico, pois além de acolher as angústias que acompanham normalmente esse momento, as defesas psíquicas encontram-se mais atenuadas, permitindo novos arranjos psíquicos em função de uma possibilidade de elaboração de conflitos. Em vista disso, a gravidez é

² A equipe é composta por psicólogos(as), com tempo de experiência clínica, formação teórica e percurso em análise pessoal semelhantes. Todos têm grande interesse pelo estudo da prevenção e intervenção precoce, e a maioria deles possui alguma especialização em psicanálise com criança, são mestrandos ou pós-graduados.

considerada uma experiência que provoca mudanças de natureza bio-psico-social, solicitando um trabalho psíquico de reordenamento de papéis que favorece a saúde mental da mãe, condição necessária para o estabelecimento do vínculo com o bebê. As patologias na gestação e após o parto constituem fator de risco na relação mãe-bebê. Daí a importância do acompanhamento psicológico à gestante, associado ao trabalho de orientação oferecido pelo PAG, em especial para aquelas mães que, quando crianças, foram vítimas de vários tipos de violência por parte dos pais, tais como: abandono, agressão física, negligência e abuso sexual. Por meio de um processo de intervenção, é possível diminuir os riscos de negligência, maus tratos e abandono por parte dessas mães em relação aos seus bebês.

O Projeto Parentalidade - Ser Mãe: Consultas Terapêuticas tem por objetivo oferecer atendimento psicológico a essas gestantes, de acordo com os pressupostos das Consultas Terapêuticas (WINNICOTT, 1971/1984; LEBOVICI, 1986, 1987, 1998). O trabalho procura incentivar, basicamente, a “Preocupação Materna Primária” (WINNICOTT, 1956/1993), estado psicológico que favorece o processo de parentalidade.

De fato, nas últimas décadas, a ciência ampliou significativamente o conhecimento sobre as interações iniciais mãe-bebê, tornando possível conhecer os efeitos da natureza das fantasias conscientes e inconscientes dos pais sobre a constituição psíquica do bebê. Essas fantasias vão permear as trocas afetivas e passam a fazer parte do ambiente no qual o bebê está se constituindo, o que pode favorecer ou dificultar os processos de amadurecimento. Estudos também apontam que os fenômenos transgeracionais relacionados à herança psíquica patológica dos ancestrais e dos pais do bebê podem constituir fator de risco para a saúde psíquica da mãe e para o

desenvolvimento do bebê .Embora a psicanálise desde de seu início tenha reconhecido a importância das primeiras relações ,somente à partir de 60 é que essa foi tomada como fato,como mostram as pesquisas nesse campo (WENDLAND, 2001).

Nas Consultas Terapêuticas busca-se, então, trabalhar tais aspectos por meio do conhecimento das diferentes representações do bebê imaginário, fantasmático, cultural e real, que os pais construíram a partir de sua história (LEBOVICI, 1986, 1987; 1998; LEBOVICI, GOLSE, 1999).

Em sua experiência clínica com crianças e adolescentes, nas quais os pais são convocados a participar, Lebovici (LEBOVICI; SOLIS-POTON, 2004,p.21;) passou a usar o termo parentalidade em lugar de “família”, assinalando que não basta ser genitor nem ser designado como pai/mãe; é necessário “tornar-se pais, o que se faz através de um trabalho de elaboração complexo tanto a níveis conscientes quanto inconscientes”. Nesse processo, estão agrupadas as funções e os papéis parentais, indispensáveis ao estabelecimento do bom vínculo. É função dos pais e da família garantir a vida dos filhos, ajudando-os a conseguir independência (LEBOVICI,2004;SOIFER,1982).

Os trabalhos de prevenção e intervenção precoce foram ideais compartilhados tanto por Winnicott (1956/1993, 1965b/1994) quanto por Lebovici (1986, 1987, 1998; LEBOVICI, GUEDENEY, 1999). Porém, embora ambos chamassem atenção para o momento especial que é a gravidez, por modificar profundamente a dinâmica psíquica da futura mãe, e afirmassem a importância de trabalhos nessa área, nenhum deles trabalhou com gestantes através de consultas terapêuticas, como propomos aqui.

O presente estudo objetiva então trazer uma contribuição para esse âmbito de investigação, sendo que foi organizado da seguinte forma: no Capítulo 2, apresento brevemente alguns fundamentos teóricos da obra de Winnicott, como desenvolvimento

emocional primitivo, “preocupação materna primária”, *setting*, evidenciando relações com as Consultas Terapêuticas. Também apresento um panorama da realidade atual da saúde materno-infantil, com ênfase na promoção da atenção materna primária. Ainda neste capítulo, discuto as características e /ou fundamentos teóricos das Consultas Terapêuticas ao longo do tempo, com ênfase nas contribuições propostas por Winnicott e Lebovici, e finalizo com o relato do atendimento, por meio da Consulta Terapêutica, realizado junto a um bebê que apresentava insônia. No Capítulo 3, abordo os recursos e estratégias metodológicas. No Capítulo 4, descrevo os casos clínicos escolhidos para ilustrar o trabalho, e no Capítulo 5, trago as Considerações Finais.

2. Consultas terapêuticas: pressupostos teóricos e metodológicos

2.1 Alguns rabiscos biográficos de Donald W. Winnicott

Se, no presente, tentarmos estabelecer padrões rígidos, por meio deles criaremos iconoclastas ou claustrofobicos (talvez eu seja um deles) que não podem suportar a falsidade de um sistema rígido em psicologia mais do que o podem tolerar em religião [...] Quero que saiba que não aceito o que você e Melanie Klein deixaram implícito, a saber, que a minha preocupação a respeito do enunciado que Melanie faz da psicologia da primeiríssima infância acha-se baseada em fatores subjetivos, antes que objetivos. (WINNICOTT, 1956, carta à Joan Riviere, GIOVACCHINI, 1995, p. 35-32).

Donald W. Winnicott formou-se pediatra em 1920 e em 1923 iniciou a prática médica no *Paddington Green Children's Hospital* e no *Queen's Hospital for Children*, onde permaneceu durante quatro décadas. Acompanhou centenas de bebês como pediatra e, depois da Segunda Guerra Mundial, como psiquiatra infantil, realizando cerca de 60 mil consultas (WINNICOTT, C, 1994).

Durante a Segunda Guerra Mundial, trabalhou diretamente com as crianças que foram evacuadas de Londres. Nessa experiência conheceu sua segunda esposa, Clare Winnicott, assistente social que coordenava uma equipe de um dos abrigos para crianças delinqüentes (WINNICOTT, 1956/1993)³. Clare Winnicott (1994) conta que, depois de estar com essas crianças, Winnicott estendia a mão, pegava uma folha de papel fazendo algo com ela, como um leque, por exemplo, e depois de brincar um pouco com esse objeto, entregava à criança. Ela vê nesse gesto simbólico talvez os germes do conceito que Winnicott formulou no final da vida, sobre o uso do objeto (WINNICOTT, 1968a/

³ Aos 28 anos casou-se pela primeira vez e, embora sua esposa tivesse adoecido gravemente, continuou casado até 1948. Clare permaneceu com Winnicott até a morte dele, em 1971. Winnicott não teve filhos.

1994). A partir do trabalho com essas crianças, o autor desenvolveu a Teoria da Tendência Anti-social e a psicoterapia adequada para tratá-las.

Winnicott nunca deixou a pediatria, incorporando-a na sua formação de psicanalista. Defendia ferrenhamente a posição de que o psiquiatra infantil deveria antes ser pediatra, com formação em psicanálise. Desse modo, estaria preparado para se ocupar do desenvolvimento emocional da criança e observar as interferências do ambiente ou de conflitos internos da criança nos processos de maturação (WINNICOTT, 1963/1994).

Winnicott recusava qualquer forma de submissão ou radicalismo de qualquer natureza, e em momento algum se deixou abater pelas críticas às suas idéias, revidando-as com firmeza e criatividade (KHAN, 1958/1993). Essa sua característica pode ser identificada através da leitura de algumas cartas escritas à Melanie Klein, nas quais critica a posição radical que o kleinismo adotou (WINNICOTT, 1952 *apud* RODMAN, 1995). Vejamos o trecho de uma carta enviada à Melanie Klein em 1952:

Pessoalmente acho muito importante que seu trabalho seja reenunciado por pessoas a descobri-lo à sua própria linguagem. É apenas desta maneira que a linguagem se manterá viva. Se a senhora pretender que, no futuro, somente a sua linguagem seja usada para o enunciado das descobertas de outras pessoas, então esta linguagem se tornará morta, como já se tornou na Sociedade [...] a frase infeliz da Sra. Riviere em sua introdução, sob outros aspectos excelentes, coloca-a questão exatamente em palavras que podem ser citadas por pessoas que não são necessariamente inimigas de suas idéias, mas são inimigas de sistemas (WINNICOTT, 1952, *apud* RODMAN, 1995, p. 33).

A Sociedade de Psicanálise de Londres atribuiu a Donald Winnicott a responsabilidade de realizar palestras e conferências aos setores da sociedade civil e comunidades profissionais ou científicas, papel que desempenhou bem, possibilitando o registro dos temas abordados em cada uma dessas ocasiões. Através destes, percebemos que lhe era agradável falar às pessoas que “cuidavam” de outras, como os assistentes

sociais, religiosos, educadores, magistrados, organizações que tinham função acadêmica, como o conselho de pediatria, em que podia difundir suas idéias sobre o desenvolvimento emocional primitivo. Winnicott via nesses encontros uma oportunidade para comunicar-se com as pessoas, ouvindo-as nas suas experiências.

Porém, um dos momentos que lhe dava mais prazer era quando conversava com as mães sobre aquilo que elas sabiam fazer melhor do que qualquer outra pessoa: cuidar dos seus bebês com devoção, quando eles eram totalmente dependentes destes cuidados (WINNICOTT, 1956/1993).⁴

Tendo postulado a importância dos cuidados maternos como elementos constitutivos do bebê (WINNICOTT, 1945/1993, 1958/1990, 1960a/1990, 1960b/1993, 1960c/1994, 1962/1990, 1971/1975), sua atenção voltou-se para a mãe, como pessoa viva, que interage com o filho. Uma grande parte da sua obra é dedicada a ela, de forma direta ou indireta.

Desde a primeira coletânea de textos, intitulada “Da Pediatria à Psicanálise” (WINNICOTT, 1958/1990), ficava evidente o olhar tão particular do autor sobre a mãe com seu bebê. Para observar essa relação, relatou que inicialmente dispunha os móveis em sua sala de modo a poder acompanhar a mãe no trajeto que fazia da sala de espera até sua sala. Enquanto isso, ele se lembrava do caso, observava como esta lidava com o bebê, fazia os primeiros contatos. Seu olhar ia além da preocupação do pediatra⁵.

⁴ Enquanto fazia sua formação na Sociedade de Psicanálise Britânica, concluída em 1935, Winnicott praticava a pediatria. Esta posição, segundo Abram (2000), fez com que a mãe sempre estivesse incluída em seu trabalho como analista.

⁵ Na situação analítica, a preocupação primária da mãe está refletida na atenção do analista, na cor e na disposição dos móveis, da iluminação, da temperatura, da ausência de ruídos, do divã, e assim por diante (ABRAM, 2000).

Winnicott dedicou especial atenção à coleta da história da criança, vendo-a como uma experiência terapêutica e à medida que se liberou da preocupação com as doenças dos bebês pela descoberta dos antibióticos e das vacinas, sentiu-se cada vez mais interessado em observar o desenvolvimento infantil primitivo, insistindo na necessidade de estudar a delicada e sutil relação entre a mãe e seu bebê, logo no seu início. O autor justificava essa necessidade referindo-se aos trabalhos de Margareth Mead e Erik Erickson, os quais descrevem, utilizando a observação direta, as modalidades pelas quais o cuidado materno, na mais tenra idade, em diversos tipos de cultura, determina os padrões de defesa do indivíduo (WINNICOTT, 1971/1984). Winnicott avaliava que havia muito a ser feito em termos de desenvolvimento precoce e atribui a falta de pesquisa nesse campo à resistência de alguns, que o consideravam sagrado e inviolável.

Em 1969, sinalizou como avanço o fato de os psicanalistas passarem a considerar a dependência do bebê:

Gradualmente, o inevitável aconteceu e os psicanalistas, conduzindo consigo sua crença exclusiva na importância dos detalhes, tiveram que começar a examinar a dependência, isto é, os estágios iniciais do desenvolvimento da criança, quando a dependência é tão grande que o comportamento daqueles que representam o meio ambiente não podia mais ser ignorado. Achamo-nos agora no estudo dessas influências **mútuas muito iniciais** (WINNICOTT, 1969/1994, p. 195-196).

Para Winnicott (1962/1990, 1969/1994), o reconhecimento da dependência inicial faz dos cuidados maternos o primeiro ambiente do bebê, tanto em termos biológicos quanto psicológicos. Assim, os afetos, sentimentos, pensamentos, as fantasias da mãe em relação ao bebê, que acompanham sua interação com ele, passam a ser fundamentais nos processos do desenvolvimento. O autor pôde comprovar precocemente sua hipótese através do número de bebês e crianças pequenas que chegavam à sua clínica com sintomas somáticos, para os quais não se identificavam

causas orgânicas. Winnicott registrava cuidadosamente a história e os dados dos bebês observados no *setting* denominado por ele como “Situação Estabelecida”. Definiu, então, um padrão esperado para os bebês com idade variando entre cinco e doze meses, sendo que aqueles que fugiam desse padrão eram acompanhados com mais atenção. Utilizava essa situação tanto para observação e pesquisa quanto para finalidade terapêutica (WINNICOTT, 1942/1993).

A publicação da teoria do desenvolvimento emocional (em 1945) abriu um vasto campo de pesquisa sobre o papel do ambiente - mundo mental da mãe - sobre o desenvolvimento do bebê. Alguns autores contemporâneos, como Anna Freud , René Spitz, Leon Kanner também reconheciam, na época, a influência do ambiente sobre o desenvolvimento, porém não como fator constitutivo.

Durante a Segunda Guerra Mundial e nos anos que a sucederam, Winnicott teve contato, em análise, com pacientes adultos graves, esquizóides e esquizofrênicos, e com crianças que haviam sido evacuadas de Londres. A elaboração dessas experiências resultou em formulações teóricas fundamentais, ampliando a compreensão tanto dos efeitos das experiências primitivas com o ambiente na etiologia das psicopatologias graves quanto em termos do *setting* terapêutico, dos manejos necessários nesses casos e dos fenômenos psíquicos envolvidos nessa clínica (WINNICOTT, 1951/1993, 1952/1993, 1954/1993, 1955/1993, 1956/1993, 1957/1990, 1965a/1994, 1971/1984).

O percurso de Winnicott possibilitou, entre outras contribuições, a concepção de um importante conceito-chave: o da “preocupação materna primária”, relacionado à teoria do desenvolvimento emocional primitivo. Essa condição de extrema sensibilidade na qual a mulher é mergulhada lhe permite tornar-se mãe, maternar seu bebê num estado de identificação profunda com ele. A teoria do desenvolvimento emocional,

espinha dorsal da teoria do autor, é de fundamental importância na clínica para “pensar um caso novo”; trata-se de um instrumento diagnóstico. Também o *setting* terapêutico com pacientes que vivenciaram falhas de maternagem deve ser pensado mais como experiência de manejo do que de interpretação; isto é, o *setting* deve reproduzir os cuidados de maternagem, atendendo às necessidades do paciente, de modo que o terapeuta se deixe usar por ele. (WINNICOTT, 1954/1993, 1968a/1994).

Os conceitos de regressão para etapas de dependência, de experiências traumáticas que são “congeladas” à espera de um ambiente confiável para que possam ser nomeadas e integradas fazem parte da teoria do desenvolvimento emocional e fundamentam o procedimento teórico das Consultas Terapêuticas. Por essa razão, tais referenciais teóricos e técnicos são mais bem descritos a seguir, e contextualizados com as questões da contemporaneidade.

2.2. Saúde da gestante e preocupação materna primária

2.2.1 Saúde da gestante e principais psicopatologias associadas ao pré e ao pós-parto

Dados do Ministério da Saúde, de 1996, revelam que quando não existem cuidados médicos no pré-natal, parto e pós-parto, a mortalidade materno-infantil sobe a valores alarmantes⁶; porém, quando a assistência ocorre no pré-natal e no parto, os valores baixam de 207 por 1000 partos para 63/1000, sendo que, quando a gestante realiza o pré-natal, o parto ocorre em condições adequadas e o bebê recebe assistência,

⁶ Apesar do Censo do ano 2000, demonstrar que a taxa de mortalidade infantil caiu 38% no Brasil, a incidência de mortalidade materna no Brasil é 82% maior quando comparado aos países desenvolvidos.

os valores baixam para 20/1000. A importância de políticas de saúde voltadas para a prevenção e psicoprofilaxia da família e do bebê é, portanto, inegável.

A extensão e a complexidade desses fatores sensibilizaram as autoridades governamentais, levando-as ao desenvolvimento de políticas de saúde para a prevenção e psico-profilaxia da família e do bebê. Tais políticas reduziram os riscos de mortalidade para a mãe e para o bebê no período perinatal⁷, bem como os partos prematuros. Esse aspecto levou o Ministério da Saúde a investir em pesquisas na área do desenvolvimento integral da criança, por meio do Grupo Nacional de Pesquisa Multicêntrica do Ministério da Saúde para Validação de Indicadores de Desenvolvimento para a Pediatria - GNP. O grupo desenvolveu uma pesquisa que teve início em 2002 e apresentou dados que confirmaram a necessidade de implementação de projetos específicos de acompanhamento desde o momento de gestação até o desenvolvimento das crianças de 0 a 3 anos.

Iniciativas como os programas de maternidade segura, por exemplo, o Prêmio Galba Araújo, o Projeto Nascer Bem, o Hospital Amigo da Criança e o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), têm resultado grande melhoria na qualidade da atenção perinatal. Esses programas proporcionam um atendimento humanizado às mulheres, acompanhando-as durante a gestação e no perinatal, o que resultou na redução significativa da mortalidade e morbidade materna e do recém-nascido, além da garantia do teste de gravidez na rede básica, cadastramento precoce da gestante, cursos de capacitação e de incentivo ao aleitamento materno para profissionais de saúde, produção de *folder* e vídeo educativo e

⁷ Segundo a psiquiatria, perinatal é o período compreendido entre o desejo de concepção e o décimo oitavo mês de vida e pós-natal, entre este último e o trigésimo sexto mês de vida.

outra série de medidas na área de educação em saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, destinada ao grupo materno-infantil.

É consenso entre os profissionais clínicos e pesquisadores na área da saúde mental que a gravidez é uma experiência que transforma a subjetividade da mulher, chegando a ser considerada uma nova etapa do desenvolvimento, impondo grandes mudanças de caráter bio-psico-social. Como na adolescência e na menopausa, as mudanças podem ser observadas tanto no corpo quanto nos comportamentos e afetos. É necessário, portanto, que a mulher realize um intenso trabalho elaborativo para adaptar-se às novas exigências resultantes de um novo lugar a ser ocupado, tanto na organização familiar, quanto nos diferentes papéis assumidos nas relações inter-pessoais, afetivas e profissionais. (MIRANDA, 1999; STERN, 1997)

Em relação à gravidez, a mulher necessita (re)significar seus papéis de mãe, mulher, filha e esposa, bem como reestruturar sua identidade, lidar com fatores socioeconômicos e com novas preocupações e responsabilidades com o futuro.

Durante uma parte do puerpério, a mulher se torna mais sensível e muitas vezes confusa. A labilidade emocional predomina na primeira semana pós-parto: euforia e depressão se alternam rapidamente, podendo atingir grande intensidade. Ressaltamos que a ansiedade normal e a depressão reativa são comuns, porém, a linha divisória que separa a normalidade da patologia é tênue; sendo assim, a permanência dos sintomas depressivos após algumas semanas do parto deve ser vista com cuidado. As mudanças são tão significativas que, antes de compreendê-las, a psiquiatria lhes atribuía um caráter patológico. Verdadeiramente, há certa dose de “loucura”, reconhecida e ressignificada como saudável por Winnicott (1956/1993). Posteriormente, com os

estudos desenvolvidos a partir de 1956, verificou-se que viver essa experiência é um indicador de saúde.

Porém, essas mudanças na dinâmica psíquica da mãe, necessárias para maternar o bebê, podem não ocorrer, tanto em função de fatores externos quanto internos, que atuam de forma decisiva nos primórdios do relacionamento mãe-bebê; alguns deles são: contexto socioeconômico desfavorável, expectativas em relação ao bebê e ao parto, figura materna internalizada. A vinda de um bebê transforma a vida dos pais, especialmente a da mãe, dado ao estado particular do seu psiquismo, que suscita conteúdos primitivos relacionados à época em que eles próprios foram crianças (WINNICOTT, 1956/1993; BYDLOWSKI, 2002). Portanto, uma mãe que sofreu privação pode ser incapaz de entrar no estado psíquico próprio da maternidade, como já descrito. Um trabalho preventivo possibilitaria integrar aspectos relacionados aos vividos não-experenciados - vivências primitivas antes que o ego tivesse recursos para lidar - que emergem durante a gravidez e puerpério, a fim de se evitar ou se atenuar a ocorrência de quadros psicopatológicos. A seguir, descrevemos parte desses quadros.

A psiquiatria clássica descreve três entidades que compõem os quadros psicopatológicos: *Baby Blues*, Depressão Pós-Parto e Psicoses Puerperais. O ***Baby Blues*** é um distúrbio transitório do humor que aparece nos primeiros dias após o parto e caracteriza-se por labilidade emocional, como fragilidade e hiper-emotividade. Os episódios de choro alternam-se com períodos de humor quase normal, sendo que sentimentos de incapacidade e falta de confiança acompanham esses estados afetivos. As estatísticas oscilam entre 50% (GOLSE, 2003) e 70% a 90% (CATÃO, 2002). Essa variação nos dados estatísticos se deve ao fato de alguns computarem somente os

estados depressivos mais acentuados, enquanto para outros toda qualquer manifestação depressiva é considerada (SZEJER, 2002).

As **Depressões⁸ Pós-Parto** ou depressões maternas pós-natais apresentam episódios depressivos menores e maiores, que surgem entre o 1º mês e o fim do 1º ano de pós-parto; são mais freqüentes que as psicoses puerperais e inserem-se num registro patológico diferente do *Baby Blues* e das psicoses. Em geral, são de intensidade média, às vezes se aproximando da melancolia. Esses estados depressivos passaram a ser estudados a partir da década de 80. Nadine Guedeney e outros (2002) atribuíram o interesse pelos estudos das depressões puerperais ao desenvolvimento da psiquiatria perinatal, cujos trabalhos percussores foram de Paul-Claude Racamier, psiquiatra e psicanalista que se tornou especialista no tema. Foi ele quem percebeu a importância de integrar o bebê na ótica da terapia psicanalítica quando do tratamento do adulto gravemente perturbado. Em 1961, Racamier juntou então as palavras maternalidade e paternalidade e criou o termo parentalidade para descrever os processos psíquicos envolvidos quando um casal decide ter um filho.

Segundo Golse (2003), desde 1985, os psiquiatras que estudam o desenvolvimento observam a repercussão do comportamento materno deprimido na interação com o bebê. Os trabalhos de Nadine Guedeney e outros (2002) mostraram que as retrações e irritabilidade das mães deprimidas provocam dificuldades na transmissão de socializações às crianças que lhes permitam partir para a descoberta do desconhecido. Os conflitos da mãe repercutem na interação.

⁸ As estatísticas da OMS sobre a ocorrência da depressão em geral, no mundo, mostram que hoje ela é a quinta causa de morbidade entre todas as doenças. Se as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica persistirem, em 2020, a depressão passará a ocupar o segundo lugar nesta lista (MAIO DE BRUM & SCHERMANN, 2006).

Inúmeros estudos vêm sendo realizados na atualidade sobre a etiologia, identificação e prevenção da depressão pós-parto, tanto no Brasil quanto em outros países (GUEDENEY, 2001, 2002; GUEDENEY, JEAMMET, 2002; GUEDENEY et al., 2002; COX, 1987 *apud* GUEDENEY et al., 2002; GOLSE, 2003; BYDLOWSKI, 2002; STERN, 1989; PICCININI, FRIZZ, 2005; MAIO DE BRUM, SCHERMANN, 2006).

No entanto, a questão do diagnóstico diferencial da depressão pós-parto ainda desperta polêmica entre os autores. Parte deles argumenta que o resultado obtido nos instrumentos de avaliação disponíveis nem sempre identificam este quadro específico, já que existem várias “depressões” (GUEDENEY, JEAMMET, 2002; GUEDENEY et al., 2002; COX, 1987 *apud* GUEDENEY et al., 2002).

A Escala de Edimburgo de Avaliação da Depressão Pós-Parto, por exemplo, foi proposta justamente, segundo Cox, para possibilitar um diagnóstico mais preciso desse quadro, já que o impacto da depressão materna nas interações maternas tem mostrado que esse quadro se relaciona com desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Os estudos sempre apontam a necessidade de intervenções de caráter preventivo, em especial nas populações de risco.

Quanto à prevenção propriamente, não existem ainda instrumentos de investigação adequados para abordar dois pontos cruciais - primeiro: que tenham poder preditivo sobre o impacto que o bebê real causará nas depressões pós-natais e da sua inscrição na nova organização que se cria após o nascimento; segundo: que este instrumento seja simples, permitindo seu uso por pessoas não qualificadas que trabalham na área de saúde (GOLSE, 2003).⁹

⁹ Em relação aos efeitos da depressão materna no bebê, Guedeney propôs a ADBB - Alarm Distress Baby, traduzida e validada no Brasil.

Quanto às **Psicoses Puerperais**, estas são raras, ocorrendo em apenas 5% das mulheres. Manifestam-se no 1º mês após o parto, sendo que estão presentes sintomas de crise psicótica como: confusão, delírio, despersonalização, mania; podendo organizar-se ao redor de um eixo esquizofrênico melancólico ou maníaco-depressivo ligado à existência do bebê real, que se oferece como lugar para a materialização dos diferentes comportamentos expressos pela mãe.

Os trabalhos de Bertrand Cramer e da Escola de Genebra de Psiquiatria do bebê (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 1993), focalizados no estudo do funcionamento interativo precoce e na análise das projeções maternas, observadas em especial no âmbito das terapias conjuntas mãe-bebê, convidam a considerar o pós-parto como um período no qual uma nova organização psíquica ligada à presença recente do bebê real se estabelece como um lugar de materialização, em seu corpo e em seu comportamento, para a expressão dos componentes da dimensão fantasmática.

Essa proposta de compreender a condição do pós-parto muda radicalmente a etiopatogênia proposta, pois assim ela é compreendida como verdadeira desordem da interação mãe-bebê; isto é, os dois elementos devem ser coincidentes. Assim, a mãe pode desencadear um funcionamento depressivo no bebê, que volta para a mãe, acentuando as qualidades depressivas maternas de sua história estrutural.

Uma nova proposta de estudar e compreender as intercorrências psicopatológicas do pré ao pós-parto é considerá-las dentro de uma situação de interação entre a mãe e o bebê, no qual ambos têm participação ativa, ao ocupar não somente o lugar de depositário dos conflitos um do outro, mas também na possibilidade de desencadear ou até induzir os disfuncionamentos psicológicos ou psicopatológicos.

2.2.2 A preocupação materna primária: da mãe suficientemente boa à constelação maternidade - o universo da fantasia presente na interação mãe-bebê do pré ao pós-parto

[...] Afinal, uma vez ela já foi um bebê. Possui as lembranças de ter sido um bebê ,na qual ela é o bebê e o bebê é ela.;lembra-se também de ter sido cuidada .Essas lembranças tanto podem auxiliar quanto prejudicar suas experiências como mãe (WINNICOTT,1966, p.6, *apud* ABRAM, 2000, p.184).

Uma das contribuições mais originais que Winnicott fez a psicanálise, além do conceito de fenômenos e objetos transicionais (WINNICOTT, 1951/1993), é a teoria do desenvolvimento emocional primitivo, nuclear em sua obra para suas formulações teóricas e clínicas. O autor propõe que os cuidados que a mãe dispensa ao bebê no início da vida são elementos constitutivos. Até então, poucos estudiosos haviam se dedicado a compreender as condições psicológicas especiais que predominam na dinâmica psíquica da mulher, inclusive durante a gravidez, no parto e no período que se segue a ele. Ao tomar a dependência inicial do bebê como fato, Winnicott reconheceu então a importância dos cuidados da mãe na origem da constituição psíquica e da subjetividade.

De fato, mãe, e tudo o que lhe diz respeito, ocupa um lugar central na obra do autor, principalmente em termos do desenvolvimento e manutenção da saúde e integridade psíquica do bebê humano. Com essa teoria, a relação da mãe com o bebê fica, portanto, dialética e singular.

O enfoque de Winnicott recai justamente sobre a qualidade genuína dos cuidados maternos; isto é, para o autor, um bebê no início de sua existência vive num

estado de dependência absoluta dos cuidados que a “mãe devotada comum” lhe oferece para a manutenção de sua própria existência e desenvolvimento saudável¹⁰.

Somente em 1956 Winnicott consolidou essa teoria, ao escrever o texto: “Preocupação Materna Primária”, do qual podemos compreender a natureza das mudanças psicológicas que regem o cuidado dispensado ao bebê na dependência absoluta pela *mãe devotada comum* – ela age através da **empatia e, sem que tenha consciência disso, respeita os movimentos e necessidades de seu filho com o mínimo de ação nos processos intelectuais e de pensamento organizado**, até porque ela mesma estará vivendo, neste início, um estado de doença normal que a retira temporariamente de sua organização adulta. Segundo o autor:

Minha tese é que na fase mais precoce nos deparamos com um estado bastante especial da mãe, uma condição psicológica que merece um nome, tal como **Preocupação Materna Primária**. Entendo que o tributo devido não foi pago satisfatoriamente por nossa literatura, nem em qualquer outra parte, a uma tão especial condição psiquiátrica da mãe, da qual direi o seguinte: Seu desenvolvimento é gradual, transformando-se em um estado de intensa sensibilidade no decorrer e, quando se aproxima o término da gestação [...] prolonga-se por semanas após o nascimento do bebê. Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela. Eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida (WINNICOTT, 1956/1993, p. 493, grifo nosso).

Nos artigos em que desenvolve o conceito da preocupação materna primária, Winnicott (1956, 1958) apresenta essa tese de existir um estado muito especial que as mães saudáveis experimentam no período entre o final da gravidez e as primeiras semanas após o parto¹¹. Nesse espaço de tempo, elas experimentam uma regressão aos

¹⁰ Winnicott conta que em uma conversa referiu-se à forma pela qual a mãe cuida do bebê, de modo tão sutil, com uma técnica tão delicada, quando: “Isa Bencie pareceu agarrar essa palavra no ar, e disse: “Esplendido! A Mãe Devotada Comum.” (WINNICOTT, 1966/1994)

¹¹ Esta teoria sobre a “preocupação materna primária” foi de grande ajuda aos profissionais da saúde para a compreensão das mudanças que ocorrem na dinâmica psíquica da mãe, e que é responsável pelos comportamentos, atitudes, preocupações, sentimentos da mãe que não são comuns.

estados muito primitivos de sua própria experiência, sua sensibilidade fica muito aumentada, como se entrassem numa espécie de sintonia com os estados psíquicos do filho. E é a partir dessa “doença normal” que será capaz de estabelecer uma relação de devoção com seu bebê. Esse “adoecer saudável” merece cuidados às vezes maiores, porém deve ser olhado como sendo da ordem da saúde e não da doença (BYDLOWSKI, 2002).

Este estado organizado (que não fosse pela gravidez, seria uma doença), poderia ser comparado a um estado retraído, ou a um estado dissociado ou a uma fuga, ou mesmo a uma perturbação a um nível mais profundo, tal como um episódio esquizóide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle. [...] Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida do bebê, sem entender que ela deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele (WINNICOTT, 1956/1993, p. 494).

Portanto, essa aparente “patologia” não oferece riscos ao psiquismo; ao contrário, favorece a condição da *preocupação materna primária*, que possibilita à mãe identificar-se com o bebê, realizando assim uma adaptação quase perfeita às suas necessidades no período inicial da vida, caracterizado pela dependência absoluta. Se tudo correr bem, isto é, se a mãe tiver saúde psíquica para regredir, e o ambiente a proteger nesses momentos iniciais da maternidade, ela poderá ficar no lugar de seu bebê, através de uma preocupação que favorece a adaptação ativa, sentir suas necessidades e ser capaz de oferecer o que ele necessita, na hora que ele precisa. Essa capacidade da mãe de estar disponível genuinamente e, portanto, sintonizada o suficiente com seu filho para lhe dispensar os cuidados necessários será a base de sua saúde, tanto física como mental. Para tanto, é preciso que ela retome suas experiências como bebê, a maternagem oferecida por sua mãe e os conflitos familiares que tendem a se repetir com muita intensidade nesse momento. Ao maternar o bebê, promovendo as

adaptações necessárias para suprir suas necessidades, a mãe, através de um processo de *regressão saudável*, revive sua experiência de ter sido cuidada ou não por uma *mãe suficientemente boa* (WINNICOTT, 1956/1993).

De acordo com a visão do autor sobre os processos do amadurecimento humano, do qual toda capacidade é uma conquista a ser realizada por meio da dependência de um outro, “o ambiente”, para a mulher herdar esta capacidade de regredir a este estado de dependência, necessário aos cuidados iniciais dispensados ao seu filho, ela precisa da experiência prévia de ter sido cuidada pela mãe ou por alguém que desempenhou essas funções. Essa condição tão especial da mãe, que é reprimida, é o que torna possível a ela se “recordar” de que no passado também foi um bebê, foi cuidada por uma mãe. As lembranças facilitarão sua identificação com o filho e a realização das adaptações necessárias, no início pela identificação com o bebê que ela foi e, posteriormente, no direcionamento de seus investimentos no bebê real, até que ele faça parte da sua realidade interna. Os seus gestos, as expressões do seu rosto revelam, além desta experiência primitiva, suas representações mentais inconscientes, pré-conscientes e conscientes, referentes ao lugar que “este” bebê ocupa em seu imaginário. A mãe que vive esta experiência está tão mergulhada no bebê, sua mente tão ocupada por ele que, ao olhá-la, o bebê vê a si mesmo no olhar da mãe: “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro minha apercepção e também percebo. Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto a menos que esteja cansado” (WINNICOTT, 1967/1975, p. 157).

Portanto, a capacidade para entrar nesse estado de “preocupação materna primária” não é uma condição dada *a priori*, mas uma conquista a ser realizada. Esta sim, depende da mãe e do seu entorno, conforme o próprio Winnicott aponta:

A mulher ingressa numa fase da qual ela comumente se recupera em questão de semanas ou meses após o nascimento do bebê, na qual ela é o bebê e o bebê é ela. Afinal, uma vez ela já foi bebê. Possui as lembranças de ter sido um bebê; lembra-se também de ter sido cuidada. Essas lembranças tanto podem auxiliar quanto prejudicar suas experiências como mãe (WINNICOTT, 1966, citado por ABRAM, 2000, p. 184).

Em relação a este último aspecto sinalizado pelo autor, várias são as causas para esta dificuldade em contrair tal “doença normal”; dentre elas estão o receio inconsciente de não retornar deste estado “à medida que o bebê a libera” (WINNICOTT, 1956/1993), ocorrendo, neste caso, uma “fuga para a sanidade” (WINNICOTT, 1956/1993), uma identificação masculina e conseqüente inveja do pênis reprimida comprometendo a função feminina da maternidade, por estar vivendo num momento no qual não pode confiar no ambiente para cuidar dela, para permitir sua regressão sem riscos e com um mínimo de preocupação com assuntos alheios à sua tarefa de ser mãe.

Uma das conseqüências de entrar no estado de preocupação materna primária é reviver a condição de ter sido um bebê cuidado pela mãe. Quando esta experiência foi marcada por falhas significativas, isto consiste em reviver as angústias vividas nesse período. Assim, não regredir seria uma defesa. Entretanto, como Winnicott (1954/1993, 1956/1993) demonstrou, as falhas do ambiente ficam “congeladas” esperando um ambiente confiável para descongelar¹². Vejamos como Winnicott (1956/1993) compreende esta questão:

Certamente, existem muitas mulheres que são boas sob muitos aspectos, capazes de ter uma vida rica e útil, mas que não são capazes de alcançar essa “doença normal” que as possibilita adaptar-se delicada e sensivelmente às necessidades iniciais do bebê; ou talvez possam alcançar com uma criança e não com outra. Tais mulheres não conseguem preocupar-se com seus próprios bebês. Deixam de lado outros interesses normais e passageiros. Podemos supor que existe uma “fuga para a sanidade” em algumas dessas pessoas (p. 494).

¹² Inclusive, este é um dos objetivos na presente pesquisa: propiciar às mulheres em foco um ambiente confiável.

Quando isso ocorre, entre outras falhas da maternagem, é possível que o bebê seja levado a sofrer angústias aniquiladoras ou a desenvolver recursos mentais excessivos e inadequados para compensar a falha ambiental, que não foi corrigida pela mãe. Essas falhas podem desencadear patologias como autismo infantil, psicoses, tendências anti-sociais, falso *self*, depressão e doenças psicossomáticas. Ao contrário, quando não frustra em excesso o bebê e nem o priva de um mínimo de frustração, a mãe é capaz de evitar intrusões ambientais que provocam tais conseqüências.

Podemos, então, se considerados todos os aspectos acima citados e segundo o próprio Winnicott, pensar que o papel da maternagem é de fundamental importância para o desenvolvimento primitivo infantil. A maternagem suficientemente boa possibilita, através de cuidados adequados, que a criança tenha a vivência de uma continuidade de seus processos psíquicos e fisiológicos, base para o sentimento de ser, do verdadeiro *self*.

2.3 O desenvolvimento emocional primitivo: da dependência mãe-bebê ao *bebê competente, igualmente dependente*

2.3.1 Pressupostos winnicottianos sobre o desenvolvimento emocional primitivo

[...] Uma provisão ambiental suficientemente boa na fase inicial possibilita ao bebê dar início a uma existência, a experimentar, a constituir um ego pessoal, a dominar as pulsões e a enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida. Todas essas coisas são sentidas como reais pelo bebê, que é capaz de possuir um *self*, que finalmente pode se dar ao luxo de sacrificar a espontaneidade, e até de morrer (WINNICOTT, 1956/1993, p. 497).

Desde sua vida intra-uterina, a criança percorre uma longa jornada até que tenha realizado, com a ajuda indispensável do ambiente, as principais conquistas relativas ao amadurecimento: integração, personalização, realização e relação de objeto. O desenvolvimento emocional está diretamente vinculado à noção de identidade pessoal única, integrada e original, o que Winnicott (1945/1993, 1962/1990, 1971/1975) denominou verdadeiro *self*.

Segundo a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, o bebê necessita do apoio do ambiente, representado pelos cuidados maternos, para desenvolver o potencial maturacional que herda ao nascer, juntamente com o patrimônio genético. Os cuidados maternos podem, então, facilitar ou dificultar a conquista de três processos psíquicos básicos: integração psíquica, integração psique-soma e adaptação à realidade ou realização.

O bebê recém-nascido tem seus processos psíquicos assentados num estágio egóico não-integrado. Inicialmente, o bebê é desprovido da capacidade de lidar com as angústias e as necessidades instintivas. A função da maternagem (oriunda da preocupação materna primária) é fazer o *holding*, para que o bebê possa, aos poucos, desenvolver seu ego, por meio da integração psíquica e pelo processamento das pulsões através de experiências não-traumáticas. Inicialmente, no estado de dependência absoluta, o bebê humano é pré-objetal, pré-representacional e pré-simbólico. Não constitui uma unidade, por isto não tem conhecimento de dentro e fora, realidade externa e realidade interna. Constitui uma unidade com o ambiente, e embora não tenha conhecimento, é afetado pelos cuidados (DIAS, 2003).

Todos os detalhes que envolvem os cuidados do bebê, desde antes de seu nascimento, compõem o ambiente de *holding*. A preocupação materna primária é um dos componentes do *holding*, responsável pelo empréstimo egóico ao bebê. O *holding* abrange tanto o ambiente físico quanto psicológico, e se relaciona com as mudanças na dinâmica psíquica da mãe. A preparação do ambiente físico faz parte do *holding*; porém, para que a provisão ambiental seja confiável, precisa ser fornecida por meio da empatia e não de modo mecânico. Uma descrição completa do *holding* começa pela proteção contra agressões fisiológicas, levando em conta a sensibilidade da pele do bebê quanto ao toque, temperatura, sensibilidade auditiva, visual, sensibilidade ao cair; ou seja, características pessoais de cada um. Neste começo de vida, a fisiologia e a psicologia ainda não se diferenciaram, portanto, ao cuidar de uma, automaticamente a outra também é cuidada (WINNICOTT, 1960b/1993).

Nos primeiros dias, nas primeiras horas após o nascimento, o vínculo mãe-bebê começa a se constituir por meio dos cuidados que o recém-nascido exige e da capacidade da mãe de reconhecê-los. Essa relação mãe-bebê é baseada em trocas recíprocas, nas quais ambos respondem um ao outro, e se dá desde o primeiro momento em que a mãe pega o recém-nascido nos braços; este, por sua vez, já tem capacidades sensoriais e sente o toque, o cheiro, o calor e a voz de sua mãe. A partir de então, a mãe se comunica com o bebê enviando-lhe certas mensagens para as quais ele responde com ajuda de seus próprios recursos. Nessa “conversação” entre ambos, as palavras e as frases são substituídas, muitas vezes por parte da mãe e sempre por parte do bebê, por mensagens extra-verbais, como gestos, sorrisos, gritos, gemidos, sonolência, excitabilidade, entre outras, sendo que cabe à mãe notá-las e decifrá-las, o que dependerá de sua sensibilidade e capacidade.

Essas primeiras horas e dias após o nascimento têm grande importância na constituição da interação mãe-bebê, pois nesse período a mãe tem uma sensibilidade toda particular e incrementada para com o seu filho, o que facilita e favorece o processo de fixação que a unirá a ele. É a capacidade da mãe de perceber o jeito de ser de seu filho que faz com que ele seja um indivíduo único e diferente dos outros. Assim, o bebê desempenha um papel ativo na interação, que precisa da resposta recíproca da mãe para se sustentar.

Durante a amamentação, no momento em que o seio é oferecido ao bebê, pode-se observar as interações, como, por exemplo: a mãe aguarda que ele encontre seu seio, ou se antecipa, colocando o mamilo em sua boca. Aqui se revela a capacidade da mãe de fazer as adaptações, levando em consideração as características do filho. Também a maneira pela qual ela o segura diz muito sobre a qualidade da adaptação que essa mãe pode realizar.

A mãe tem um seio e o poder de produzir leite, e a idéia de ser atacada por um bebê faminto lhe é agradável. Estes dois fenômenos não entram em relação um com o outro até que a mãe e a criança vivam uma experiência juntas. Trata-se de uma situação que, com sorte, pode resultar no primeiro laço feito pelo bebê com um objeto externo ao *self*. Essa situação se estabelece, por exemplo, quando um bebê faminto alucina algo adequado para ser atacado e, nesse exato momento, a mãe lhe apresenta o seio. O bebê é capaz de sentir, então, que o mamilo real é aquele que ele alucinou. Winnicott (1971a/1984) descreve tal contexto da seguinte forma:

Vejo o processo como se duas linhas viessem de direções opostas, com a possibilidade se aproximarem uma da outra. Se elas **se sobrepõem, há um momento de ilusão, uma experiência que o bebê pode tomar ou como alucinação sua ou como algo que pertence à realidade externa** (p. 27, grifo nosso).

Para ao autor, é a partir desse momento que se estabelece um primeiro objeto, ainda não repudiado como um fenômeno não-eu, ao qual nomeou como “objeto subjetivo” (WINNICOTT, 1962/1990):

(Este) torna-se gradualmente relacionado a objetos que são objetivamente percebidos, mas isso sucede apenas quando uma provisão ambiental suficientemente boa, capacita o bebê à loucura específica permitida aos bebês. Essa loucura só se transforma em loucura verdadeira quando ela aparece em fase posterior (WINNICOTT, 1971b/1975, p. 102).

Mas, nesse momento, o bebê pode enlouquecer, experimentar uma loucura. Quando a mãe desaparece por um período maior do que aquele em que o bebê consegue manter a imago da mãe, manter o símbolo de união com ela, esta loucura se estabelece. Contudo, ela significa somente uma ruptura de uma continuidade pessoal de existência, uma perda da raiz que constitui essa sensação de continuidade. Winnicott ressalta que, felizmente, “a maioria das crianças não trazem na memória pelo resto da vida o conhecimento da experiência de ter sido louco” (WINNICOTT, 1971b/1975, p. 136).

Todavia, a capacidade sensorial - olfato, paladar, audição...-, que se encontrava desenvolvida desde a vida fetal, permite ao bebê reencontrar algo familiar em meio ao nada conhecido e enriquece a experiência no campo da ilusão. Quando a fome voltar, ele usará essas sensações para alucinar, enriquecendo suas experiências. Ao acumulá-las, o bebê passa a construir a capacidade de evocar o que está disponível, ao mesmo tempo em que fortalece sua crença na realidade. A mãe gradualmente se “desadapta”, na medida em que frustra o bebê a partir do momento em que este começa a adquirir uma crescente capacidade de perceber o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração.

Para Winnicott (1962/1990), uma provisão ambiental suficientemente boa, nos estádios mais primitivos, torna possível ao indivíduo enfrentar o choque da perda da

onipotência. À medida que a mãe frustra seu bebê, o estado de fusão com ela, que sustentava a sensação de continuidade do ser, promove uma outra forma de estar com a mãe, que é a contigüidade, o intersubjetivo:

O espaço potencial, entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que este experimenta o viver criativo (WINNICOTT, 1971b/1975, p.142).

É nesse espaço potencial entre ambos que, segundo Winnicott, se estabelece o objeto transicional, a primeira “possessão não-eu”. Com ele se nasce o primeiro uso de um símbolo pelo bebê e também a primeira experiência da brincadeira. A condição essencial dos fenômenos e objetos transicionais é dada pela nossa atitude, quando observamos. É a entrada para a cultura. Winnicott não se propõe a definir “cultura”, mas usa o termo ao se referir a uma ampliação dos fenômenos transicionais. Enfatiza a experiência, ao pensar na tradição herdada, que pertence ao fundo comum da humanidade, em que todos podem contribuir e do qual todos podemos fruir, desde que tenhamos um lugar onde guardar (WINNICOTT, 1971b/1975).

Winnicott (1945/1993) propõe que essa adaptação/desadaptação concomitante e quase perfeita tem mais chance de ser realizada pela própria mãe, pois esse movimento ativo requer uma preocupação fácil e sem ressentimentos; a única condição exigida é cuidar com devoção, sem uma necessidade de “jeito” ou esclarecimento intelectual. Como a mãe se encontra nesse estado de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956/1993), então a maternagem é bastante facilitada. É partir dessa experiência primordial que o viver terá sentido (WINNICOTT, 1971b/1975).

A “necessidade de ser” implica em preservar a continuidade de ser - este é o princípio que rege o bebê humano. Com a satisfação das necessidades somente instintuais, nada de real acrescenta à experiência, caso a amamentação não esteja

vinculada à experiência global que inclui o encontro e a comunicação com outro ser humano. Os sentimentos de existir, sentir-se e sentir o mundo real são conquistas do amadurecimento que requerem condições especiais; na ausência destas conquistas, o desenvolvimento fracassa (DIAS, 2003).

[...] o amor é demonstrado em termos de cuidados físicos, o que é geralmente adequado, mas não sempre, quando se trata de feto que está no ventre. Nesses termos, a base daquilo que denominei personalização, ou a falta de uma possibilidade especial de despersonalização tem origem antes mesmo do nascimento da criança. É com toda certeza uma questão fundamental, uma vez que a criança é sustentada por pessoas, cujo envolvimento emocional tem de ser levado em conta, assim como suas reações fisiológicas. O início desta parte do desenvolvimento do bebê a que chamo personalização, e que pode ser descrita como um “habitar da psique no soma”, encontra-se na capacidade da mãe de envolver-se emocionalmente, o que originalmente é físico e fisiológico (WINNICOTT, 1970/1994, p. 205).

Deduzimos, então, a importância atribuída por Winnicott (1970/1994) ao *setting*, no qual a mãe possa encontrar a possibilidade de lidar com suas representações mentais sobre seu bebê antes de nascer, já que é ela quem vai segurá-lo, tocá-lo, enfim favorecer a personalização, a integração psicossomática através da elaboração imaginativa e, finalmente, a conquista da capacidade de estabelecer relações de objeto.

Winnicott (1979 *apud* ABRAM, 2000, p.148-149) afirma que as origens do indivíduo no contexto da constituição familiar abrangem cinco áreas, a saber: a) as lembranças de mãe e pai em potencial; b) as fantasias que envolvem a relação sexual; c) a necessidade demonstrada pelos pais de ter um bebê; d) a concepção; e) as lembranças do nascimento real tidas pela mãe que favorecem o dar a luz.

Como adota a teoria freudiana do inconsciente, Winnicott acredita, portanto, que existe uma reserva de lembranças que aflora na gestação e logo após o nascimento do bebê. Essas idéias vêm à tona através dos sonhos da mãe e de sua vida emocional associada aos planos feitos em relação ao bebê.

A direção que segue as necessidades do bebê depende de diversos fatores, um dos quais é a lembrança que o pai e a mãe têm deles mesmos terem sido bebês, bem como de terem sido cuidados com confiança, de terem sido protegidos contra o inesperado, tendo tido a oportunidade de desenvolver crescimento pessoal. As lembranças e os sentimentos inerentes a cada ser humano guardam uma relação com o passado, o que contribui para a compreensão do presente no que diz respeito à relação parental e a outros grupos sociais. Isto tudo faz parte da atmosfera que se origina no passado e que contribui para o surgimento de uma nova família.

Em 1957, Winnicott escreveu um texto que versava sobre a integração da vida familiar e os seus fatores considerados dilaceradores, destacando que a existência de uma família e a manutenção de uma atmosfera familiar é o resultado da relação dos pais com o *setting* social no qual estão inseridos. A contribuição dos pais à família que estão constituindo depende em grande parte do todo de sua relação com o extenso círculo formado em torno deles, que é o seu *setting* social mais imediato. Poderíamos imaginar círculos abertos, sendo cada grupo social dependente daquilo que lhe é interno e que se relaciona com outro grupo social externo. Obviamente, esses círculos se sobrepõem: “Os membros de uma família encaminham-se para a preocupação, ainda que não tenham se desligado dela” (WINNICOTT, 1969 *apud* ABRAM, 2000).

Winnicott (1957/1990), portanto, ressalta a qualidade das relações parentais como sendo o fator mais importante na criação de condições psicológicas favoráveis para a constituição da família.

Quanto às fantasias que envolvem o intercurso sexual, Winnicott considera o poder da atração sexual entre homem e mulher o ponto alto na organização de uma nova família (WINNICOTT, 1957 *apud* ABRAM, 2000): “A satisfação sexual é o ponto alto

de um crescimento emocional pessoal; quando essa satisfação chega a constituir relações prazerosas pessoal e socialmente, então passa a representar o auge em termos de saúde mental” (p.149). Embora reconheça ser esta condição a ideal, também admite que nem sempre isto é possível, afirmando que:

Apesar do poder sexual ser de vital importância, a completa satisfação não se constitui em si mesma num objetivo ao considerarmos a família. É importante ressaltar que uma grande quantidade de famílias existem e são vistas como boas, embora tenham sido fundadas com base em satisfações físicas não muito poderosas pelos pais (WINNICOTT, 1957/1990, pp. 41-42).

O autor discute a questão do impulso agressivo envolvido no ato sexual, e de como o casal lida com as fantasias agressivas de prejudicar ou ser prejudicado pelo outro.

Para Abram (2000), tanto o homem quanto a mulher possuem estes temores, em grande parte inconscientes, mas que emergem na gravidez e no puerpério na forma de uma ansiedade extremadamente poderosa:

A fantasia sexual consciente e inconsciente varia, quase que infinitamente, sendo de vital importância. É fundamental compreendermos, dentre outras coisas, que o sentimento de preocupação ou de culpa tem sua origem nos elementos destrutivos (completamente inconscientes) que acompanham o impulso amoroso quando este sentimento é expresso fisicamente. Podemos reconhecer de pronto que este sentimento de preocupação ou de culpa constitui-se em uma boa maneira de lidar com as necessidades de cada um dos pais, assim como as do casal, visando a família. As ansiedades reais do pai no momento do parto a que a mãe se submete refletem claramente algo que é bem diverso das ansiedades que fazem parte das fantasias sexuais, e não apenas da realidade física (WINNICOTT, 1967 *apud* ABRAM, 2000, p. 42).

As fantasias relacionadas a um bebê imperfeito, doente, deformado estão presentes durante a gravidez, o que torna impossível a uma futura mãe imaginar que ela é 100% saudável em termos psicológicos, mesmo quando biologicamente é considerada

100% saudável (WINNICOTT, 1994). As considerações do autor sobre o tema deixa muito claro a participação do mundo mental da mãe nas interações com o bebê e também fundamentam o seu argumento em relação ao ponto de vista de Anna Freud sobre as transformações ocorridas na gravidez não se deverem apenas a fatores biológicos (WINNICOTT, 1956/1993). Num texto escrito na década de 60, no qual busca colocar em palavras a relação entre a mãe e o bebê, Winnicott expõe a sua forma de enunciar a questão:

[...] se a capacidade biológica da mãe em produzir um filho vivo íntegro e real é representada por 100%, sua capacidade psicológica pode ser enunciada como uma porcentagem aproximada. Por isto quero dizer que mãe alguma é 100% capaz de produzir na fantasia uma criança viva e total. Algumas mães, em verdade, mal chegam à capacidade de 50% e imagine-se a sua confusão, então, quando se descobrem frente a frente com um bebê que, dizem que veio ao mundo e no qual, contudo, não acreditam inteiramente. Ele é apenas semi-humano, apenas semi-vivo, apenas semi-completo, semi-sadio (WINNICOTT, 1994, p.129).

Os abortos espontâneos, com frequência, dão testemunho dessa condição. O analista deve trazer para a relação transferencial, interpretando a relação da fantasia com o funcionamento orgástico, principalmente oral, no intercurso sexual (WINNICOTT, 1994)¹³. Ao localizar as fantasias no mundo interno, elas não precisam ser colocadas dentro da barriga. Com isto, a função biológica fica liberada e a mãe pode seguir com a gravidez, e mesmo ficar triste ao ter um bebê deformado, porém, não doente. Este é um argumento irrefutável sobre a atuação dos conteúdos psicológicos sobre o corpo, alterando a fisiologia da gravidez.

A presença saudável do bebê abranda consideravelmente as ansiedades e temores dos pais em torno da fantasia de um mal já feito, de um corpo que foi destruído, ou de ter gerado um ser incompleto. O fato de o bebê ser saudável e humano, em nada

¹³ Winnicott desenvolveu essa temática na década de 60.

lembrando um monstro, por si só já é suficiente para tornar os pais felizes. A possibilidade de amamentar e cuidar do bebê contribui para a mãe sentir que o bebê é real (WINNICOTT, 1994):

Além disto, do bebê faz parte de algo que contribui para a vida, isto é, um distanciamento que o faz manter-se vivo; dele também participa uma tendência inata voltada para respirar, movimentar-se e crescer. **A criança considerada como um fato**, por enquanto, com todas as suas fantasias referentes ao que é bom e mau, e com a vivacidade própria a todas elas, proporciona aos pais um enorme sentimento de alívio enquanto acreditarem nele; o alívio das idéias surgidas de seu sentimento de culpa ou de desvalorização (WINNICOTT, 1957 *apud* ABRAM, 2000, p. 42, grifo nosso).

Winnicott (1957 *apud* ABRAM, 2000) considera que a contribuição da criança é mais ampla que o alívio da culpa dos pais pelas fantasias associadas ao intercuro sexual. A integração da família deriva da tendência integradora de cada criança em particular. A integração não é dada ao nascer, mas uma conquista do desenvolvimento. O desenvolvimento da criança, suas conquistas do desenvolvimento emocional saudável estimulam a família. Os pais investem afeto e esforço para constituir a família e se beneficiam com a tendência integradora dos filhos.

Esta não é uma questão de adoração do bebê ou da criança; existe algo mais do que isso, já que nem sempre as crianças são tão agradáveis. O bebê, assim como as crianças pequenas e as maiores, nos encanta por contar com um certo grau de confiança e disponibilidade a que devemos responder. Suponho em parte que isto se deve a nossa capacidade de identificação com elas. Tal capacidade de identificação depende mais uma vez de havermos tido um crescimento suficientemente bom no desenvolvimento de nossa própria personalidade ao atravessarmos a mesma idade. Dessa maneira nossa capacidade é fortalecida, ressaltada e desenvolvida através daquilo que a criança espera de nós. De formas variadas, sutis e evidentes, os bebês e as crianças criam uma família em torno de si, talvez por necessitarem de algo, algo que lhes oferecemos por já conhecerem suas expectativas e como deve ser obtido. Percebemos o que a criança cria ao brincar de família e, por isso, desejamos tornar reais os símbolos da sua criatividade (WINNICOTT, 1957 *apud* ABRAM, 2000, p.46-47).

Após o estudo de Winnicott (1956/1993) sobre as mudanças na dinâmica psíquica na gravidez, outros estudos foram realizados e buscaram ampliar o conhecimento sobre este momento tão particular. Dentre estes pesquisadores atuais, destacamos as contribuições de Daniel Stern e de Monique Bydlowski.

Segundo Daniel Stern (1997), o nascimento de um bebê desencadeia mudanças profundas na dinâmica psíquica da mulher, especialmente quando se trata do primogênito. O autor propôs o conceito “constelação da maternidade”, nova “organização psíquica” que vai reger e determinar um conjunto de mudanças relacionadas a novas tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos, desejos, projetos. Trata-se de uma organização temporária, de duração variável, podendo persistir por alguns meses ou até anos, e que passa a ser o eixo organizador da personalidade, empurrando a estrutura anterior que tinha esta função, no caso, a estrutura edípica. Entende esta organização não como uma variante ou um derivado de construtos psíquicos já existentes; ela é vista como construto único, a “constelação da maternidade” de grande magnitude na vida da maioria das mães, e inteiramente normal (STERN, 1997).

O conhecimento da natureza e predominância dessa constelação facilita o trabalho do profissional de saúde na compreensão dos principais temas subjetivos que a mãe experiencia, os problemas para os quais busca ajuda, bem como o tipo de aliança terapêutica necessária, que, segundo o autor, é diferente da tradicional.

A constelação da maternidade se compõe de quatro temas estreitamente relacionados com a nossa cultura. São eles: vida em crescimento; relacionamento primário; matriz de apoio; reorganização da identidade. Cada um deles constitui um grupo organizado de idéias, desejos, medos que irão influenciar as ações e os

sentimentos nas tarefas que são solicitadas da mãe. Quando a mãe entra na constelação da maternidade, seus interesses e preocupações passam a se relacionar mais à sua mãe e menos ao seu pai, mais a sua mãe-como-mãe e menos à sua mãe como-mulher-ou-esposa; mais às mulheres em geral e menos aos homens; mais ao crescimento e desenvolvimento e menos à carreira; mais ao marido-como-pai-e-contexto-para-ela-e-para-o-bebê e menos ao marido-como-homem-e-parceiro-sexual; mais ao bebê e menos a quase tudo mais (STERN, 1997). Passa a existir uma nova tríade psíquica, mãe-da-mãe-mãe/bebê. Permanece essencial o “Complexo de Édipo positivo”, da mãe identificando-se com sua mãe e sua mãe lhe dando permissão para tornar-se mãe.

Ao explorar este fenômeno percebi que a maioria das mães em terapia sempre soube disso. Elas sentem que saíram temporariamente da influência principal e exclusiva do complexo de Édipo e de outras organizações psíquicas semelhantes que são utilizadas para explicar a patologia. Elas sabem que entraram numa zona psíquica diferente que escapou da teorização sistemática oficial da psiquiatria, mas que está perfeitamente evidente para elas (STERN, 1997, p. 162).

Quanto à Monique Bydlowski (2002), psicanalista francesa que trabalha com gestantes num hospital público em Paris, a partir de sua experiência clínica relata que, em geral, os temas trazidos pelas gestantes referem-se às reminiscências antigas, sendo que fantasias não habituais são relatadas sem censura. Muitas vezes lembranças de cenas, situações distantes ressurgem, às vezes dolorosas, outras vezes melancólicas, uma tristeza irracional. Outro aspecto importante revelado na sua experiência de acompanhamento às gestantes é quanto ao deslocamento da censura da sexualidade para o bebê. Enquanto falam de sua vida, de sua infância, permanecem silenciosas em relação ao bebê que se desenvolve em seu ventre. Este silêncio não significa negação; ao contrário, trata-se de uma experiência que dispensa a participação do outro. A aliança terapêutica com o narcisismo materno busca favorecer o desvelamento de fantasias e

lembranças potencialmente patogênicas. Ao partilhar estas lembranças terríficas nas consultas, estará criando um espaço mental para o bebê que vai nascer.

Outro autor que retoma a descrição de “preocupação materna primária” ressaltando que nem todas as mulheres entram neste “estado” e pode ser que a mãe consiga com um bebê e não consiga com outro, foi Bydlowski (2002). Tal constatação nos leva a concluir que cada bebê evoca conteúdos diferentes na mãe, e ocupa também um lugar diferente em seu mundo mental.

Bydlowski (2002) propõe o termo “transparência psíquica” para descrever um funcionamento psíquico particular da mãe caracterizado pela diminuição das resistências habituais da mulher diante do recalcado inconsciente e marcado por um superinvestimento de uma história pessoal e de seus conflitos infantis, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica. Especialmente durante a segunda metade da gestação, a futura mãe vai voltar-se para os temas auto-centrados e inacessíveis para as mulheres que não vivem este momento. (BYDLOWSKI, 2002; BYDLOWSKI, GOLSE, 2002)

A autora chama a atenção para os protocolos de pesquisa e/ou entrevistas sobre as representações mentais do bebê, pois a futura mãe não se encontra disponível para abordar essa temática, e afirma que a gravidez “inaugura a experiência de um reencontro íntimo da mãe consigo mesma”(BYDLOWSKI, 2002, p. 217). Este reencontro variará segundo a experiência primitiva de cada uma, de acordo com o que experienciou dos cuidados de uma mãe suficientemente boa e do que foi capaz de internalizar, para que sejam evocados no momento de maternar o seu bebê. As mães que sofreram falhas na maternagem precoce, por carência de cuidados ou intrusões, correm o risco durante a gestação de reviver angústias primitivas. Para esta autora, o feto que é

carregado pela mãe é uma representação metafórica do objeto interno. Abordando o interesse dos pintores renascentistas pelas madonas, cujo olhar oblíquo está dirigido para o interior, aponta que essa representação foi inspirada na atração das grávidas pelo objeto interno. O olhar da futura mãe para o bebê que ela foi favorece a comunicação posterior que estabelecerá com ele, tal como descreveu Winnicott em 1956.

Da mesma forma que a “preocupação materna primária” se faz presente, à medida que se aproxima o nascimento, também a transparência psíquica corresponde inicialmente a um período em que o futuro bebê já tem uma concretude, mas ainda não é considerado objeto externo perceptível, status que atingirá somente depois do parto. Enquanto objeto interno, reativa o bebê que a mãe foi. Bydlowski (2002) descreve o processo através do qual a mãe é capaz de passar o investimento do objeto interno ao bebê real, deslocando gradualmente sua atenção:

a) A mãe sente no corpo o bebê, porém não lhe dá existência como real, externo, perceptível. Como objeto interior que ainda é, ela reativa a criança que a própria mãe foi ou crê ter sido e que, até então, continua escondida no fundo do seu psiquismo (BYDLOWSKI, 2002).

b) No final da gestação, a mãe já no estado de preocupação materna primária, mas antes do parto, o feto começa a apresentar uma condição de bebê já nascido (porém ainda está no interior da mãe), e gradualmente passa a deslocar a atenção dela mesma para o “feto quase bebê”; o bebê começa a existir como objeto do *self* da mãe.

c) Nos primeiros dias após o nascimento, a atenção da mãe volta-se para o recém-nascido; embora esteja se relacionando com o bebê real, do lado de fora, “a relação irá se estabelecer através de traços mnemônicos profundamente escondidos e maciçamente reativados pelo bebê que a própria mãe foi”(BYDLOWSKI, 2002, p. 218).

d) Mais tarde, o bebê real será investido como verdadeiramente um objeto real, isto é, não mais como um mero representante do objeto interno. A mãe interage com este bebê real que já tem seu correspondente interno no nível das representações mentais que aí permanecerão.

2.3.2 O bebê competente e igualmente dependente: breve apresentação do estudo do desenvolvimento do bebê na contemporaneidade

A Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo (WINNICOTT, 1945/1993) trouxe importantes contribuições para a psicanálise, em termos teóricos, técnicos e metapsicológicos. Ao reconhecer a dependência do bebê como fato, o ambiente representado pelos cuidados maternos passou a ser elemento constitutivo (WINNICOTT, 1963/1990, 1969/1994). Como ressalta Daniel Stern (1997), devaneios, preocupações, fantasias e identificações projetivas, como formas de representações envolvendo o bebê, tornaram-se de grande interesse para o estudo do desenvolvimento psíquico deste.

De fato, Winnicott preparou o cenário para o estudo do desenvolvimento do bebê, das interações deste com a mãe e das psicoterapias pais-bebês, empreendido pelos psicanalistas da Europa e da América.

Com os dados da observação direta (STERN, 1997; LBOVICI, 1986, 1987, 1998; WINNICOTT, 1945/1993) e indireta, através do material do adulto em análise (WINNICOTT, 1954/1993; GREEN, 1998), Daniel Stern (1997) encontrou grande concordância entre os fenômenos presentes na experiência de “micro depressão” do bebê, considerados prospectivamente, e as reconstruções adultas das representações originais do período de bebê (GREEN, 1998).

Já os dados sobre o desenvolvimento precoce, vindos de pesquisas ou de observações contínuas sobre as reações dos bebês prematuros ou gravemente doentes, realizadas por profissionais de saúde durante hospitalizações prolongadas, surpreenderam e modificaram radicalmente o olhar sobre o recém-nascido - suas competências, capacidade sensorial, perceptiva, afetiva e motora (BOWER et al., 1987; KLAUS, KENNEL, 1976; MASAKOKOWSKI, 1996, *apud* WILHEIM, 1998).

O pediatra americano Terry Berry Brazelton foi pioneiro ao descrever as habilidades e competências com as quais o bebê nasce, seus ritmos comportamentais e a participação da mãe no desenvolvimento (ALVAREZ, 1994).

Nessa perspectiva, Daniel Stern (1997) propõe um “*self* emergente” que comporta a percepção transmodal, uma espécie de competência do bebê de interagir com a mãe numa “sintonia” ou “sincronicidade afetiva”, e a percepção multimodal, uma capacidade de categorização perceptual.

O estudo dos vínculos iniciais é concebido atualmente como uma via de mão dupla, em que tanto o bebê quanto a mãe participam e contribuem com seus conteúdos psíquicos. Esse é o modelo sugerido por Golse (2002) para o estudo dos quadros psicopatológicos do pós-parto, bem como dos distúrbios funcionais apresentados pelo bebê nos três primeiros anos de vida.

Também a neurociência, ao se ocupar do estudo da natureza primordial das primeiras relações pais-bebê, ampliou o entendimento dos fenômenos ocorridos nos vínculos iniciais atuando sobre o crescimento cerebral e o comportamento futuro. Os neurocientistas modernos, apoiados na Teoria da Emoção proposta por Darwin, buscam explicações sobre o papel desta nos desenvolvimento das redes neurais que constituirão a base biomolecular dos comportamentos. Esses estudos também desvelaram um novo

bebê, com competências e características próprias, extremamente hábeis em se expressar através de uma sutil somatossensorialidade (DAMÁSIO, EDELMAN, WILSON, GELL-MANN, SEARLE, TREVARTHEN, SCHORE *apud* CUNHA, 2002).

Com base nos recentes estudos que integram a análise do comportamento e a função do cérebro, podemos afirmar então que, mesmo para o bebê portador de um gene capaz de determinar-lhe uma doença genética, com ou sem o desenvolvimento do sistema nervoso ou em patologias, tais como o autismo e a epilepsia, cuja origem estaria na interferência do processo de migração neuronal, uma experiência interativa segura, empática e de afeto positivo pode fazer grande diferença no desenvolvimento futuro. Da mesma forma, ainda que dotado dos mais perfeitos genes, se interagir de forma desarmoniosa com sua mãe, o bebê poderá desenvolver distúrbios que vão de simples inadequações comportamentais até uma psicopatologia mais grave.

Segundo a denominação de Colwin Trevarthen (1994, *apud* CUNHA, 2002), essas patologias poderão integrar os distúrbios de motivação ou de empatia, que, em algumas situações, só se manifestam na adolescência, por ocasião do processo de poda de sinapses. As experiências de vida do bebê, sejam positivas ou negativas, determinarão a trama de seu cérebro nas zonas específicas previstas pelos genes e influenciarão a sua saúde mental no surgimento de psicopatologias ou distúrbios de motivação. Os neurônios apreendem a mensagem trazida pela experiência interativa e podem mudar a forma de responder aos sinais de outros neurônios, um processo que os cientistas acreditam ser a base da capacidade do aprendizado e da memória.

Constatamos então que, nas últimas décadas, a ciência ampliou significativamente o conhecimento sobre as interações iniciais mãe-bebê. Alguns estudos atuais também tornaram possível conhecer os efeitos da natureza das fantasias

conscientes e inconscientes dos pais sobre a constituição psíquica do bebê. Essas fantasias vão permear as trocas afetivas e passam a fazer parte do ambiente no qual o bebê se constitui, o que pode favorecer ou dificultar os processos do amadurecimento. Estudos também apontam que os fenômenos transgeracionais relacionados à herança psíquica patológica dos ancestrais e dos pais do bebê podem constituir fator de risco para a saúde psíquica da mãe e o desenvolvimento do bebê.

As Consultas Terapêuticas buscam, justamente, trabalhar tais aspectos por meio do conhecimento das diferentes representações do bebê imaginário, fantasmático, cultural e real que os pais construíram sobre o filho, a partir de sua história (LEBOVICI, 1986, 1987, 1998).

A seguir, apresentamos então a técnica e as especificidades dessa terapêutica, considerada um aspecto da psicanálise aplicada.

2.4 Consultas Terapêuticas: um aspecto da psicanálise aplicada

2.4.1 Técnica e especificidades (1920 –1971)

[...] o consultor ou especialista não precisa ser arguto quanto capaz de proporcionar um relacionamento humano natural e de livre movimentação dentro do *setting* profissional enquanto que o paciente gradualmente se surpreende com a produção de idéias e sentimentos que não estiveram anteriormente integrados na personalidade total. Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível apoio no relacionamento humano, mas profissional - uma forma de sustentação (WINNICOTT, 1968a/1994, p.230).

A Consulta Terapêutica (WINNICOTT, 1965b/1994, 1968a/1994, 1971a/1984) é um lugar, ou espaço terapêutico, no qual acontece um encontro e uma comunicação verdadeira na superposição de duas áreas do brincar. Baseia-se na hipótese de que o

paciente traz para o primeiro encontro tanto um problema quanto a crença na obtenção de ajuda.

Winnicott (1965b/1994) chama a atenção para o fato de que a primeira entrevista pode conter material para ser analisado durante meses, às vezes anos. Como se trata da exploração das entrevistas iniciais, possui um caráter breve, pontual, sendo adequado para instituições onde há muita demanda e um número reduzido de profissionais. Esse fato foi constatado por Winnicott, quando fez o perfil do público e das queixas que chegavam à clínica do Instituto de Psicanálise:

Os princípios aqui enumerados são os mesmos que caracterizam um tratamento psicanalítico. A diferença entre a psicanálise e a psiquiatria infantil [referindo-se à Consulta Terapêutica] é que, na primeira tenta-se ter a oportunidade de fazer tanto quanto possível [...], enquanto que na última pergunto-me: qual é o mínimo que se precisa fazer?. O que se perde fazendo-se tão pouco quanto possível é balanceado por um lucro imenso, uma vez que na psiquiatria infantil tem-se acesso a um vasto número de casos[...] para os quais a psicanálise não constitui uma proposta prática. [...] portanto, se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista, isso amplia imensamente o valor social do analista e ajuda a justificar sua necessidade de efetuar análise em plena escala, a fim de aprender seu ofício (WINNICOTT, 1965b/1994, p. 244-261).

Em seu relatório sobre os pacientes que chegavam ao Instituto de Psicanálise para serem atendidos pelos analistas em formação, o autor demonstrou que a grande demanda não era para análise, ou por não ser o encaminhamento adequado, ou por esbarrar em fatores, tais como: distância, tempo, fator financeiro. Conta, por exemplo, como manejou uma situação na qual uma menina de três anos foi levada pelo pai para uma consulta trazendo a queixa de gagueira, relacionada à separação de uma tia muito próxima dela. Os pais eram amorosos e a menina não apresentava nenhum outro sintoma. Como moravam muito longe, havia risco de a menina se cansar muito. Frente à pergunta do pai questionando a necessidade de análise, Winnicott respondeu que, em sua opinião, era normal que uma criança de três anos e meio mostrasse sintomas

violentos e que, como o desenvolvimento dela havia sido satisfatório em outros aspectos, a melhor atitude a tomar seria ignorar o sintoma e não procurar ajuda através da psicanálise naquele momento. Uma semana depois, soube pelo pai que o sintoma havia desaparecido. Winnicott sempre alertou que a própria a psicanálise requer um enquadre: “Provavelmente estaremos de acordo quanto ao fato de ser errado exaltar o valor que a psicanálise teria, caso fosse aplicada, em um caso no qual a análise não é aplicável” (WINNICOTT, 1942/1993, p.166).

Possivelmente, as Consultas Terapêuticas surgiram para preencher justamente essa lacuna: um momento terapêutico inicial e diferenciado, em que uma situação analítica ainda não está estabelecida e talvez sequer se constitua, mas que não deixa de produzir um material profundamente rico. No prefácio do seu livro “Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil”¹⁴, Winnicott conta quando iniciou o uso das consultas, no momento em que era ainda residente:

Minha concepção do lugar especial da Consulta Terapêutica e da exploração da primeira entrevista (ou primeira entrevista reduplicada) surgiu gradualmente no decorrer do tempo em minhas experiências clínicas e privadas. Há, contudo, um ponto que se pode dizer teve significado especial. Em meados dos anos vinte, quando ainda era pediatra praticante, vendo muitos pacientes no hospital-escola, e dando oportunidade a quantas crianças fosse possível se comunicarem comigo, desenharem figuras e me contarem sonhos, fiquei surpreso com a frequência com que as crianças sonhavam comigo na noite anterior à consulta. Esse sonho com o médico que elas iam ver, obviamente refletia o preparo mental imaginativo delas mesmas em relação a médicos, dentistas e outras pessoas que se supõe sejam auxiliaadoras. Também refletiam, em graus variados, a atitude dos pais e a preparação para a visita. Contudo, lá estava eu quando, para minha surpresa, descobri ajustando-me a uma noção preconcebida (WINNICOTT, 1971a/1984, p.12)

As Consultas Terapêuticas oferecem um *setting* no qual uma comunicação pode ocorrer, caso o terapeuta e o paciente “vivam uma experiência juntos”, sendo que a

¹⁴ Ao considerar toda a obra de Winnicott, encontramos poucos textos que versam sobre as Consultas Terapêuticas. (LESCOVAR, 2008)

matriz desta experiência se encontra no período da dependência absoluta, quando o bebê necessita dos cuidados da maternagem para sobreviver e vive a experiência de onipotência (WINNICOTT, 1971a/1984). A possibilidade de sonhar resulta desta experiência original. O relato do sonho que uma criança teve na noite anterior à consulta com o médico, descrito no texto de Winnicott, é uma prova de que ela experimentou a onipotência, criando o objeto subjetivo que se encontrava ali para ser criado (WINNICOTT, 1962/1990, 1971a/1984)

O terapeuta caminha com o paciente, não se antecipando nem se distanciando, como duas linhas paralelas, porque o próprio paciente é quem deve se surpreender com a “descoberta” que faz. Ao retomar o conceito de “viver uma experiência junto”, transpondo para uma situação de Consulta Terapêutica, Winnicott (1971a/1984) comparativamente ressalta que não há um intercâmbio entre a mãe e o bebê, pois psicologicamente este recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que faz parte dela mesma. À medida que a mãe vai frustrando gradualmente o bebê, depois de promover a experiência de onipotência, ele vai iniciar sua entrada na realidade objetiva, ou compartilhada, através dos fenômenos e objetos transicionais, entre a criatividade primária e a percepção objetiva - a área intermediária. A experiência representa a “transição” do bebê do estado de fusão com a mãe para um estado separado dela, ou melhor, contíguo. É nesta terceira área que a Consulta Terapêutica “acontece”: a área do brincar, do viver criativo.

Se um *setting* profissional correto é fornecido, o paciente, criança ou adulto que se acha em sofrimento trará a aflição para a entrevista, sob uma ou outra forma. A motivação é muito profundamente determinada. Talvez seja desconfiança o que se demonstra, ou uma confiança grande demais, ou a confiança é logo estabelecida e as confidências cedo se seguem. Seja o que for que aconteça, é o acontecer que é importante (WINNICOTT, 1965b/1994, p. 246).

Winnicott (1971a/1984) fala da necessidade de o terapeuta saber brincar, pois a experiência, a “acontecência” (SAFRA, 2003) ocorre na área do brincar: “Parece-me válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta [...], e somente no brincar é possível a comunicação” (WINNICOTT, 1971b/1984, p. 80).

Talvez esteja nesse ponto a explicação de Winnicott (1965a/1994) para a experiência do analista. Muitas vezes, o uso que este faz do seu conhecimento teórico e técnico passa a ser um fator contra, ou talvez uma defesa que torna a verdadeira comunicação impossível de acontecer. Sendo assim, os analistas menos experientes costumam se sair melhor porque não são tão “argutos” ou “sabidos” e aguardam a produção do material pelo paciente. É de fato fundamental o fornecimento de um relacionamento humano, porém, profissional. Por meio dele, o paciente pode se surpreender com a produção de idéias e sentimentos que não estiveram anteriormente integrados na sua personalidade total (WINNICOTT, 1965a/1994).

De fato, o *setting* terapêutico reproduz as técnicas da maternagem, propiciando experiências que não puderam acontecer antes, que fundam a confiança no outro, na realidade. No caso da Consulta Terapêutica, é fundamental que o “analista-mãe” não desaponte o “paciente-bebê”. Para tanto, é preciso se deixar “usar” por ele. Nesse estágio da primeira entrevista, o psicoterapeuta é, então, um objeto subjetivo. Como Winnicott (1971a/1984) apontou anteriormente, o paciente sonha com o médico na noite que antecede a consulta, e o médico se ajusta ao sonho do paciente:

O paciente traz para a situação certa medida de crença ou de capacidade de acreditar em uma pessoa compreensiva ou que o ajude. Traz também uma certa dose de desconfiança. O terapeuta aproveita-se do que o paciente traz e age até o limite da oportunidade de que isto concede. O paciente vai embora sem ter feito uma percepção objetiva

do terapeuta, e será necessário uma segunda visita para objetificar e despir o terapeuta de magia (WINNICOTT, 1965b/1994, p. 245).

Khan (1958/1993) chama a nossa atenção para um período de hesitação do bebê, que acontece no período inicial de sua vida, ao dizer que Winnicott introduziu “o jogo do rabisco” nas suas Consultas Terapêuticas criando o espaço transicional onde se daria o gesto criativo, que era o rabisco no período de hesitação. O conceito “período de hesitação” também esclarece determinados comportamentos do paciente adulto que podem ser tomados como resistência pelo analista. Na verdade, indica que o paciente está “tateando” na busca de alguma intimidade ou de uma relação em que mãe e filho vivem juntos uma experiência, quando este se encontra em estado de dependência absoluta.

Nessas condições, pode existir uma experiência de integração de aspectos do *self* que se encontravam não integrados. Winnicott (1957/1990) se refere aos aspectos primitivos do bebê, “antes de ter se tornado profundo”, que exigiria já ter realizado as tarefas de integração (integração, personalização, relação de objeto). Outra questão que decorre diz respeito à modalidade da transferência.

Para refletir sobre esses aspectos, é necessário retomarmos algumas experiências que foram mutativas no pensamento de Winnicott, tanto em relação às Consultas Terapêuticas, quanto, principalmente, ao pilar que as sustenta: a teoria do amadurecimento (via desenvolvimento emocional primitivo). Como já destacamos, nesta teoria, Winnicott (1945/1993) assume a dependência como fato, ao propor que o desenvolvimento, ou a constituição do sujeito nos primeiros tempos, ocorre no “ambiente dos cuidados” que a mãe oferece ao bebê. Portanto, não se trata de considerar o ambiente como fator que influencia, mas sim que constitui a subjetividade (WINNICOTT, 1945/1993).

A importância da passagem de uma situação de dependência absoluta ao amadurecimento, quando possível, foi demonstrada por Winnicott em inúmeros momentos de sua trajetória profissional: na sua experiência como pediatra e psiquiatra infantil, em que dedicou atenção especial aos cuidados maternos e ao desenvolvimento do bebê; em sua observação sobre a natureza do cuidado e as questões de somatização, demonstrada nas remissões dos sintomas dos bebês, tratados na “Situação Estabelecida” (WINNICOTT, 1941/1993); nas experiências vividas durante a Segunda Guerra Mundial (WINNICOTT, 1939/1999, 1940/1999, 1945/1999); como analista de pacientes adultos esquizóides e esquizofrênicos no seu consultório (WINNICOTT, 1954/1993, 1955/1933) e também de crianças que sofreram privação dos cuidados maternos (WINNICOTT, 1950/1999, 1956/1993).

Seus pacientes adultos, por exemplo, puderam reviver a situação de dependência absoluta no *setting* como experiência e não mais como aniquilamento e morte no ambiente primitivo. Foi inclusive nessa clínica de pacientes graves regredidos às etapas iniciais que Winnicott realizou adaptações no *setting* para atender às suas necessidades. E dessa forma, nasce uma outra maneira de dispô-lo, um outro lugar para o analista, a partir de uma nova transferência¹⁵.

As distinções entre a psicanálise, a psicoterapia e as Consultas Terapêuticas estão relacionadas justamente a essa característica do uso da relação transferencial estabelecida. Na psicanálise, a transferência é usada para fazer as interpretações. Já nas

¹⁵ Para Winnicott, tal transferência, e a situação clínica para a mesma, se estabelece da seguinte forma: “Uma das características da transferência neste estágio é a maneira pela qual devemos permitir que o passado do paciente seja o presente. [...] Enquanto que na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste trabalho é mais certo dizer que o presente volta para o passado, e é o passado. Desse modo, o analista é confrontado com o processo primário do paciente no *setting* dentro do qual este último foi originalmente validado. A adaptação suficientemente boa por parte do analista produz exatamente o resultado procurado, a saber, o principal sítio de operação dentro do paciente muda do *self* falso para o *self* verdadeiro. O paciente tem pela primeira vez na vida a oportunidade de desenvolver um ego, que se integrava a partir de núcleos do ego, se estabelecerá como um ego corporal e repudiará o meio ambiente externo com o início de uma relação com os objetos (WINNICOTT, 1993, p. 486).

consultas há um papel pré-determinado para o terapeuta, a partir do padrão de expectativa do paciente de, às vezes, ser entendido imediatamente, sendo que o analista busca oferecer, justamente, o objeto que vai suprir essa necessidade. Neste caso, Winnicott (1965a/1994) recomenda que seja feita uma interpretação a partir do material trazido pelo paciente. Se esta for realizada numa tentativa genuína do terapeuta para compreender o material que foi apresentado, mesmo que esteja errada, o paciente é capaz de perdoar.

Em 1954, Winnicott formula sua teoria da regressão, compreendida como necessidade de voltar à dependência, revivendo as falhas de maternagem, num ambiente de confiança. Neste texto, ele propõe que as experiências traumáticas - entendidas como a necessidade de reagir às invasões, devido às falhas no *holding*, com conseqüente ruptura da linha de vida ou *self* - como já dito, ficam “congeladas”, esperando um ambiente de confiança para serem “descongeladas”. Embora exista esta esperança no paciente, ele não conseguirá sozinho regredir para reviver, ou melhor, viver pela primeira vez tais experiências. A possibilidade de encontrar esse ambiente continente, confiável, genuíno é esperada pelo paciente na primeira consulta, e o terapeuta pode confirmar ou falhar, como ocorreu no passado, o que deve ser evitado.

2.4.2 Contribuições posteriores à Consulta Terapêutica: o legado de Lebovici e a Clínica da Parentalidade e demais contribuições a psicopatologia do bebê

2.4.2.1 Serge Lebovici: uma personalidade consiliente

Mon testament commence par ce meme vers de Baudelaire, "Sois sage ô ma douleur". Il nous serre alors la main et s'en va aussi vite qu'il est venu, non sans avoir lance: "Nous reverrons". (LEBOVICI, 1998, p.7).

Serge Lebovici foi um psicanalista, psiquiatra infantil e também pediatra, como Winnicott, que se dedicou à clínica, primeiro da criança e da família e, posteriormente, à clínica da prevenção e da intervenção precoce ou da parentalidade. Além do trabalho do próprio Winnicott, Lebovici soube utilizar as contribuições de diferentes áreas de estudos, como aquelas vindas de pediatras pesquisadores, como Terry Barry Brazelton, de psicólogos clínicos e do desenvolvimento, como Monique Bydlowski e Daniel Stern, e de psiquiatras infantis como Antoine Guedeney, entre outros,

Lebovici introduziu no departamento de psiquiatria infantil da Universidade Paris XIII, no qual era professor, a psicopatologia e a psicoprofilaxia do bebê, com a reunião de um grupo de psiquiatras infantis e psicanalistas da criança interessados no estudo do bebê. Dedicou toda a sua vida à clínica, ao trabalho com famílias e, posteriormente, à tríade mãe-pai-bebê. Nos últimos anos, estudava as questões da "parentalidade", termo que passou a utilizar no lugar de "família". Como Winnicott, reconhecia o árduo papel dos pais nos cuidados como os filhos, e pensava que os primeiros precisavam ser ajudados na sua função, pois é "preciso tornar-se pais", o que exige um grande trabalho de elaboração. Considerava, ainda, que as novas configurações familiares na contemporaneidade demandavam estudos e pesquisas para desenvolver a prevenção e a intervenção precoce. Embora não tenha trabalhado com gestantes, chegou a sugerir a necessidade bem como a importância de intervenções junto a esse grupo, em especial, entre a população carente, que dificilmente tem acesso aos serviços especializados de saúde.

Contemporâneo de Winnicott, embora mais jovem, Lebovici também se preocupava em conversar com os jovens pediatras, assinalando a sua importância para a saúde mental, pois são eles quem acompanham o desenvolvimento dos bebês e das crianças, portanto podem identificar precocemente as interferências ambientais ao longo do desenvolvimento.

Dentre suas contribuições, destacamos os conceitos de neurose infantil, neurose da criança e neurose de transferência. A neurose infantil é, de um lado, fato do desenvolvimento, do outro, um modelo para a sua compreensão; a neurose de transferência vale como repetição e reconstrução da neurose infantil, no quadro de sua cura, tanto para a criança, desde o bebê, quanto para o adulto. Assim, Lebovici articulou desenvolvimento e psicopatologia, além de ter se dedicado ao estudo dos fenômenos transgeracionais e sua transmissão psíquica através das interações afetivas entre os pais, especialmente entre a mãe e o bebê (GOLSE, 2001b).

Lebovici afirma que a mãe investe o bebê, mas é este que a faz mãe, na interação, através da empatia e da harmonização afetiva. De fato, observando a interação mãe-bebê, Daniel Stern (1997) verificou que, ao olhar para o bebê, a mãe percebe ou imagina perceber o afeto que ele sente e propõe, então, uma “interpretação”. Muito frequentemente, o bebê agita os braços e as pernas quando a mãe entra no seu quarto, esta se aproxima do berço, e lhe diz, por exemplo: “Você é muito esperto, está contente porque sabe que vou trocar sua fralda”.

Ao afirmar que o bebê é um parceiro ativo na relação mãe-bebê, numa dinâmica transacional, Lebovici muito contribuiu para a psicopatologia do bebê e sua clínica, compreendidas, então, a partir da observação das interações próprias de cada cultura: o bebê real, o modo como a mãe pode interagir com ele, como pode investir o bebê;

enfim, trata-se de estudar os elementos da díade mãe-bebê ou da tríade mãe-pai-bebê ativos, que podem encarnar, representar, significar as dificuldades do outro e também desencadear e mesmo induzir os disfuncionamentos psicológicos ou psicopatológicos (GOLSE, 2003).

O autor propôs, ainda, características e objetivos bastante específicos à técnica que desenvolveu, a qual se oferece como um espaço privilegiado para a observação da interação mãe-pai-bebê. Nela, o analista se oferece como continente, sendo que, através da empatia, é possível uma profunda identificação com o bebê e seus pais, levando, desde o início, a uma transferência positiva. Nesse ambiente de continência e de caráter integrador, os pais sentem confiança em falar sobre sua história, seu passado, suas famílias e da repetição de suas condutas. Os conteúdos inconscientes e conscientes emergem dos pais, e os terapeutas se sentem autorizados por eles a compreendê-los, explicitando a relação deles com o sintoma do bebê.

O terapeuta aprofunda os dados sobre a relação entre o bebê e a mãe, o bebê e o pai e o bebê a mãe e o pai. Durante a consulta, procura então conhecer o bebê no discurso dos pais, recolhendo os dados fornecidos na entrevista e na observação direta. A investigação versa tanto sobre as descrições que os pais trazem, cada um de seu lugar, do bebê atual, que seria a pesquisa sincrônica, quanto da própria história e da história que eles construíram do bebê, denominada pesquisa diacrônica.

A investigação sincrônica permite observar a interação. São relevantes as observações sobre a maneira de descrever as reações e hábitos do bebê, de qualificá-lo, de evocar semelhanças de caráter com outros membros da família. O terapeuta observa, fundamentalmente, se os pais criaram um espaço lúdico com seu filho, onde podem também brincar, co-criar, ou se fazem dessa interação um jogo com regras rígidas, fixas,

impedindo-o de sonhar/simbolizar. Pode-se também avaliar o investimento feito sobre o filho, sua natureza e a capacidade da mãe de empatizar-se com ele, ao compreendê-lo, nomeá-lo e satisfazê-lo em suas necessidades, tanto as do id quanto as do ego. Observa-se, também, o lugar ocupado pelo bebê na economia familiar.

Já na investigação diacrônica, obtemos dados sobre a gestação, o nascimento e as gerações anteriores; ou seja, essa investigação permite ao terapeuta conhecer o que ocorreu no passado da família em questão.

O primeiro processo refere-se à história e o segundo, à pré-história. Daí a importância que Lebovici atribui a ambas as investigações para compor a história do bebê e inscrevê-lo na árvore da vida. A partir desses dados observados na interação dos pais com o bebê real, no presente, são levantadas hipóteses que dirigem a historicização. Segundo o autor, na Consulta Terapêutica, a explicitação, a formulação, a conscientização desses diferentes mandatos transgeracionais permitirão a modificação do funcionamento do bebê.

Nesse trabalho, o terapeuta conta com sua experiência clínica, com seu percurso analítico e, naturalmente, com sua formação teórica. A partir dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, utiliza a enação - *enactment* - e a empatia metaforizante. É importante esclarecer o termo *enação*, que é empregado tanto por psicanalistas como por cognitivistas. Para os primeiros, enação ou *enactment* é a expressão de uma transferência percebida através do corpo do terapeuta, mas sem atuação, pois esta impediria qualquer elaboração (GOLSE, 2003). O terapeuta faz o que a criança pré-verbal não pode fazer, isto é, dá um sentido ao afeto, representa-o, indo além do significado intelectual.

Na Consulta Terapêutica, o analista adota uma postura ativa, já que faz pontuações, interpretações que funcionam como “disparadores”, fazendo circular os conteúdos inconscientes, favorecendo as associações. Para tanto, Lebovici sugere o uso de colocações incisivas, interpretações, explicações, reformulações. Ao contrário da atuação do analista clássico, Lebovici e seus seguidores colocam problemas, deixando as palavras do bebê, da mãe, do pai reverberarem em seu corpo; *experiencia a desorganização* e reorganiza-se com um gesto, por exemplo, segurando o bebê, ou através de uma fala. Essa “*experiência de self*”, a partir da qual cada um comunica em seu corpo o que ele atua, é, segundo Lebovici (1998), o que lhe permite “intervir, co-perceber e co-criar”.

Assinala-se, aqui, o limite de atuação de cada terapeuta, uma vez que não podemos nos permitir viver experiências que não conhecemos. O processo de autoconhecimento é o limite do trabalho terapêutico. Portanto, não se trata de magia. Os resultados obtidos são oriundos de um longo percurso teórico, clínico e de vivência pessoal. *Enactment*, empatia metaforizante e manejo no *setting* só podem ocorrer num analista verdadeiramente vivo.

A postura do terapeuta não é de neutralidade, no sentido de deixar de lado suas convicções. Ele empatiza com a família, adentrando as representações dela. A aliança terapêutica permite o manejo dos aspectos de *filiação*, isto é, "o pertencer" a uma determinada família, e de *afiliação*, o pertencer levando-se em conta as relações que se dão entre seus membros. Assim, é possível conhecer o particular e o específico de cada família, como diz Lebovici, co-sentir, co-criar, fundir-se, refundir-se. O terapeuta deve, entretanto, manter uma outra parte observando cuidadosamente o que se passa.

2.4.2.2 A Clínica da Parentalidade e os fenômenos de transmissão intergeracional e transgeracional

A partir da década de 80, o termo parentalidade passou a designar o reagrupamento das funções e dos papéis parentais.

Como esclarece Didier Houzel (2004), a origem do neologismo data de 1961, quando Paul-Claude Racamier, durante o estudo das psicoses puerperais, propôs substituir o termo inglês *motherhood* por maternalidade, atribuindo-lhe um significado mais dinâmico, sugerindo acrescentar, em seguida, o termo paternalidade. Durante mais de 20 anos os termos não foram utilizados, até que, em 1985, René Clément retomou o uso deles.

Hoje, utilizamos parentalidade para significar o conjunto de processos psíquicos que ocorrem quando um homem torna-se pai e uma mulher se torna mãe, o que depende de fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais (MAZET; STOLERU, 1990). Esse processo depende, portanto, das experiências primitivas dos pais, isto é, suas experiências de ter sido um bebê e ter recebido cuidados de uma mãe; das representações psíquicas do bebê construídas pelos pais, tanto conscientes quanto inconscientes e que são projetadas na relação com o bebê; bem como dos conteúdos e afetos suscitados nos pais pelo bebê. Portanto, trata-se de um processo extremamente complexo, exigindo cuidados especiais do ambiente, contendo e integrando angústias primitivas suscitadas.

No processo de desenvolvimento, que nunca é concluído, o infantil constitui uma fonte inesgotável para a criatividade. Entretanto, não é objetivo eliminá-lo, como diz Tanis (1995), “ele é um tesouro inesgotável”, “defesa de vida”, cabendo aos pais o

papel de ensinar e aos filhos, de aprender. Ensinar implica na função de reservatório, continente para as partes infantis, presentes na criança: simbiose, auto-erotismo, narcisismo, hostilidade, pulsões incestuosas, inveja, ciúme. Essa tarefa, às vezes, não pode ser realizada a contento, quando os pais não aprenderam com seus pais formas para lidar com esses aspectos. Então, quando os pais sofrem a regressão, inevitável quando nascem os filhos, estes vão lidar com o “infantil” de seu filho segundo o que vivenciaram com seus pais quando se encontravam nesse mesmo momento de vida. Realizaram identificações e construíram representações que se inscreveram em seus inconscientes. (SOIFER, 1982)

Lebovici (1987) diz que a “criança que vai nascer, está, em particular, integrada na dinâmica do conflito edipiano da mãe e do pai, que, em cada gestação, vêm de maneira complexa, exaltados seus desejos edipianos, mas igualmente reavivadas as angústias que lhe são correlativas” (p.31).

Por essa razão, analistas (KREISLER e CRAMER, 1999), propuseram o conceito de *bebê fantasmático*, posteriormente desenvolvido por Lebovici, que também propôs os conceitos de *bebê imaginário*, *bebê real* e *bebê cultural* para referir-se a esses aspectos psíquicos dos pais que permeiam sua relação com o bebê real - objeto de observação via mecanismos de identificação projetiva e introjetiva (LEBOVICI, 1987).

O *bebê imaginário* é essencialmente pré-consciente, elaborado durante a gravidez mediante um processo de *rêverie* diurno (sonhar acordado e devaneios), sendo que tais devaneios podem ou não ser compartilhados entre os pais. Nesse espaço psíquico tem lugar a escolha do nome do bebê, suas características de personalidade, e outros processos semelhantes repletos de expectativas e idealização, que são

influenciadas também pelo “metabolismo” da idealização da criança através da vida conjugal dos pais.

O *bebê fantasmático* é essencialmente inconsciente. Sua origem remete às raízes infantis ligadas aos conflitos edípicos. Os conflitos não elaborados regem fortemente as notas desta dimensão intrapsíquica que se pode considerar como uma determinante fundamental da relação mãe-bebê. É o “filho do Édipo”, sendo que os conflitos não elaborados dessa etapa da vida podem retornar com muita força, impedindo uma boa maternagem (temor do incesto).

O *bebê cultural* é aquele que se relaciona com a cultura da mãe (LEBOVICI; SOLIS-PONTON, 2002).

A análise desses dados compõe a história do bebê e permite avaliar a distância entre o bebê real, objeto da observação, e aquele pertencente às representações parentais: bebê imaginário e fantasmático (LEBOVICI, 1998; LEBOVICI, GOLSE, 1999).

Quanto ao legado psíquico recebido de uma geração para outra, este é chamado intergeracional. Já o transgeracional vem dos ancestrais, além da segunda geração. A transmissão intergeracional engloba tudo aquilo que é transmitido de uma geração para outra acompanhado de algumas modificações ou transformações. Enfim, uma herança intergeracional é constituída de vivências psíquicas elaboradas: fantasias, imagos, identificações que organizam uma história familiar, uma narração mítica da qual cada um pode extrair os elementos necessários à constituição de sua história familiar neurótica. O indivíduo sempre se ancora em uma história familiar que o precede, da qual vai extrair a substância de suas fundações narcísicas e tomar um lugar de sujeito. A transmissão intergeracional refere-se aos fenômenos de transmissão entre pais e bebês -

funcionando nos dois sentidos. Trata-se também do que se transmite do filho aos pais, uma transmissão ascendente que não passa somente pela linguagem, mas também por toda uma série de mecanismos comportamentais interativos (EIGUER, 1991, 1998; KAËS, 2001a, 2001b; CORRÊA, 2000; GOLSE, 2001a, 2001b; SILVA, 2002).

Renée Kaës (2001), liderando um grupo de pesquisadores sobre o tema da herança psíquica geracional, propõe que a transmissão transgeracional de aspectos psíquicos não elaborados refere-se a um material psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações sem ter podido ser transformado e simbolizado, promovendo lacunas e vazios na transmissão, impedindo uma integração psíquica. Portanto, uma herança transgeracional patológica é constituída de elementos brutos, transmitidos tal qual, marcados por vivências traumáticas, não-ditos e lutos não-elaborados. Por não terem sido elaborados pelas gerações precedentes, esses elementos brutos irrompem nos herdeiros, atravessam o espaço psíquico, sem apropriação possível (EIGUER, 1991, 1998; KAËS, 2001a, 2001b; CORRÊA, 2000; GOLSE, 2001a 2001b; SILVA, 2002).

Fraiberg et al.(2003) refere-se à herança transgeracional patológica como algo que se fixa: são “fantasmas que rondam o quarto do bebê”. É algo que não é dito, são os segredos. No dizer de Kaës (2001), são “objetos perdidos por aqueles que nos precederam e que nos são transmitidos enlutados”. Ainda segundo esse autor, a transmissão do psiquismo entre gerações é patológica quando envolve experiências traumáticas não elaboradas psiquicamente: “os significantes pré-formados, congelados, enigmáticos, brutos sobre os quais não foi realizado um trabalho de simbolização” (KAËS, 2001, p. 7). Selma Fraiberg denominou “fantasma” os conteúdos não resolvidos pelos pais, visitantes do passado que se fazem presentes. Para M. Torok e Abrahan (*apud* WAINSTEIN, 1999), a experiência traumática não elaborada

psiquicamente transforma-se em um “indizível”, na primeira geração, um “inominável” na segunda e em um “impensável” na terceira.

Já para Penot (*apud* SAPRIZA, 1998), quando o bebê é depositário do mandato transgeracional, pode ocorrer um processo patológico de identificação, denominado *identificação alienante*. Esse termo foi usado por Baraner, Haydée Faimberg e Bernard Pennot e descreve o processo de constituição submetido à história do outro. Referindo-se ao trabalho de Faimberg (2001), Sapriza (1998) afirma que essa patologia ocorre com pais que mantêm com o bebê uma relação parcial, tolerando-o apenas na medida em que este valida o seu próprio narcisismo.

Esta e outras “patologias da identificação” têm levado um grupo de psicanalistas e estudiosos do desenvolvimento a se debruçar sobre as patologias resultantes deste processo patológico de constituição psíquica, as quais, ao invés de favorecer a estruturação, são desestruturantes, produzindo psicopatologias expressas precocemente através dos grandes distúrbios funcionais e transtornos globais do desenvolvimento (LEBOVICI & WEIL- HARPEN, 1989; MAZET & STOLERU, 1990).

É preciso, portanto, desvelar tais “fantasmas”, libertando o bebê para que este retome o curso do seu desenvolvimento saudável. Lebovici acredita que, na Consulta Terapêutica, a explicitação, a formulação, a conscientização desses diferentes mandatos transgeracionais permitirão a modificação do funcionamento do bebê. Golse (2003, p. 23) lembra que “para cuidar do bebê com o mínimo de **riscos iatrogênicos**, é preciso estar verdadeiramente consciente e levar em conta essa parte hostil que é inelutável. Hostil porque fomos um bebê, e o bebê que fomos não morre jamais”.

Assim, uma criança - de zero a três anos - que apresente qualquer transtorno do desenvolvimento pode encontrar nas intervenções precoces um instrumento precioso

para modificar sua condição. Segundo Mazet & Stoleru (1990), é fundamental e necessário fazer intervenções precoces junto às mães de crianças portadoras desse tipo de transtorno. Essas intervenções possibilitam ganhos significativos no desenvolvimento do ego e nas funções adaptativas dessas crianças.

Uma vez que defendemos a mesma posição teórica aqui apresentada, acreditamos que, mesmo em transtornos graves, se a intervenção é precoce, pode-se reverter e/ou melhorar substancialmente o quadro patológico, desenvolvendo repertórios que permitam uma adaptação à realidade levando em consideração o potencial da criança e não o seu estado inicial.

Durante a consulta, o terapeuta procura conhecer o bebê no discurso dos pais, recolhendo os dados fornecidos tanto na entrevista quanto na observação direta, no que diz respeito a: *lembranças* de acontecimentos com carga emocional intensa; escolha do prenome; modelos educativos adotados; fontes de *referência*; como o pai é introduzido na relação da mãe com o bebê; como é a relação do pai com a mãe e de ambos com o mundo e como as relações extra-familiares são apresentadas ao filho. Ganha importância também a forma pela qual a mãe lida com as intercorrências naturais da vida de um bebê.

Os investimentos sobre o bebê na saúde ocorrem porque os pais, em especial a mãe, nas etapas precoces, fazem do bebê o depositário de seus sonhos, de suas esperanças e de seus desejos. Como diz Winnicott, a mãe está tão mergulhada no bebê, sua mente tão ocupada por ele, que, ao olhá-la, o bebê vê a si mesmo no olhar da mãe (WINNICOTT, 1967/1975).

Pode ocorrer então um processo patológico de identificação, denominado por Penot (*apud* SAPRIZA, 1998) de identificação alienante. Ocorre que, quando é

depositário do mandato transgeracional, o processo anterior não ocorre, e o bebê se torna um objeto persecutório e, portanto, ameaça a mãe.

Diante desses aspectos, Lebovici acredita que, na Consulta Terapêutica, a explicitação, a formulação, a conscientização desses diferentes mandatos transgeracionais permitirão a modificação do funcionamento do bebê. O trabalho ocorre na transferência e constratransferência, ferramentas do psicanalista, e aumenta a possibilidade de co-criar e co-participar, através da enação e da empatia metaforizante.

2.4.2.3 Consultas Terapêuticas e Intervenção Precoce na Psicopatologia do Bebê - Caso Aline¹⁶

Sabe-se - a experiência das consultas terapêuticas o mostra - a importância das projeções que as mães depositam no funcionamento do corpo da criança: é o que define sobretudo a patologia funcional desta última; é o que permite também compreender os resultados destas consultas onde se tocam ao mesmo tempo as fantasias da mãe e o corpo da criança (LEBOVICI,1987, p.255).

O caso Aline foi escolhido para ilustrar a importância do trabalho clínico na psicoterapia de bebês e, principalmente, para fornecer um contraste metodológico para avaliar a eficácia das consultas terapêuticas no PAG no desenvolvimento e manutenção da preocupação materna primária como uma estratégia de intervenção precoce e prevenção de risco de distúrbios psicofuncionais ou transtornos graves no bebê

Na primeira consulta, os pais contaram que procuraram ajuda psicológica porque Aline, um bebê de 1 ano e 8 meses, única filha do casal, acordava cerca de cinco vezes

¹⁶ Este caso foi atendido por Tereza Marques de Oliveira, Tânia Edeslsteins e Denise Feliciano Monteiro (vídeo) e parte dele foi anteriormente discutido no artigo intitulado “Consulta terapêutica e intervenção precoce: contribuições da clínica psicanalítica na pós-modernidade” (ver Oliveira, 2001b).

durante a noite, chorando muito, sintoma que teve início no primeiro ano de vida e vinha se intensificando nos últimos tempos. Para acalmá-la, a mãe oferecia-lhe uma mamadeira de leite, ainda que isso contrariasse a orientação do pediatra.

Os pais também contaram que Aline fora desejada, embora tivessem inicialmente planejado ter filhos um pouco mais tarde, três ou quatro meses depois. Outro dado importante para o entendimento do caso é que, um mês antes do início do tratamento, a mãe havia sofrido um aborto espontâneo.

Ainda nesse primeiro encontro, relataram que o pai era engenheiro e freqüentemente viajava durante a semana. A mãe era professora de Educação Física e trabalhava todos os dias, embora tivesse diminuído suas atividades profissionais em função de Aline. Eles contavam, ainda, com a ajuda cotidiana da avó materna.

Nessa ocasião, a rotina do casal era a seguinte: até quatro meses antes do atendimento, a mãe acordava Aline por volta das 6h00 e a levava para a casa da avó materna. Mas, nos últimos tempos, o bebê vinha permanecendo com o pai, que só acordava por volta das 8h30, enquanto Aline continuava acordando mais cedo. A mãe preocupava-se com essa situação, pois temia que a filha não fosse ouvida em suas solicitações. Mas o pai dizia não haver motivos para preocupações, já que, enquanto dormia, o bebê permanecia no berço.

Nesse primeiro encontro, o objetivo foi explorar os sintomas de Aline, conhecer as representações mentais que os pais tinham deles e do bebê, bem como a maneira como o descreviam, isto é, o "bebê do discurso dos pais"; ou seja, realizamos a investigação sincrônica.

Pudemos observar, então, que se referiam à filha como sendo agitada, impedindo-os de dormir. O pai dizia que Aline, em sua agitação, parecia-se com a mãe.

Ambos afirmavam que o bebê gostava muito da avó materna, que, por sinal, também achava a neta agitada. A mãe justificava o apego de Aline pela avó dizendo que esta fazia "todas as coisas erradas" que o bebê queria.

Pareceu-nos também que Aline não podia ser vista, pois seus pais ainda traziam a representação do bebê ideal (imaginário), cujo luto não havia sido elaborado. E em relação ao bebê cultural, a mãe de Aline não seguia as orientações do pediatra.

Na sessão, procuramos conversar sobre os hábitos dessa família, a rotina do casal (que, por sinal, parecia investir pouco na vida a dois) e como o bebê se inseria nela. Os pais mostraram-se atentos às perguntas formuladas, procurando respondê-las objetivamente. Essa forma de relacionar-se, que pareceu muito "eficiente", também foi se configurando na relação com a criança.

Conjeturamos que parecia não haver espaço mental para ninguém naquela família, nem mesmo para um novo bebê. Como terapeutas, vivemos sentimentos contratransferenciais de grande desconforto, paralisia mental, falta de espontaneidade, observados tanto no discurso dos pais quanto na quase ausência do brincar de Aline.

Já com relação ao bebê, a percepção que tínhamos parecia não estar de acordo com a dos pais, embora, nesse momento, ainda não fosse possível nomear esse descompasso. Apenas víamos que aquela menina doce, bonita que nos observava nada tinha do bebê "chato" que não deixava seus pais dormirem. Em relação ao casal, ficamos tocadas pelos sentimentos por eles vividos de que não eram bons pais e de que faziam coisas erradas com a filha.

Desse primeiro encontro, ficou o seguinte questionamento: qual a relação entre os sentimentos contratransferenciais e o sintoma de Aline?

Na segunda consulta, os pais contaram que Aline estava dormindo mais, porém isso não estava associado a mudanças em seus manejos com ela. A partir da indagação colocada na primeira consulta, levantamos hipóteses sobre a relação dos pais com Aline, o lugar dela na família nuclear e o lugar ocupado pelos pais junto à família de origem. Na verdade, indagávamos a respeito da relação dos pais com o bebê que vivia em cada um deles e como eles, enquanto bebês, foram vividos por seus pais.

Inúmeras vezes, a mãe se referia ao choro de Aline como algo que incomodava tanto que chegava a atravessar os limites da casa, invadindo a vizinhança. Também por conta desse incômodo o casal não aceitava mais convites para viajar com os amigos, e nem tinha mais espaço para uma vida a dois, pois a avó materna se recusava a receber Aline para dormir em sua casa, alegando que a neta chorava muito e sofria com a ausência da mãe, algo que para essa avó era insuportável.

Num clima de confiança, sustentado por uma transferência positiva, e com uma empatia em relação aos pais que ia guiando as ações terapêuticas dentro do modelo proposto, buscamos então elucidar os mandatos transgeracionais, conforme a conceituação de Lebovici, presentes nessa família, ou seja, qual *o fantasma que rondava o quarto de Aline assustando-a, impedindo-a de dormir?* O discurso dos pais apontava o bebê do imaginário, idealizado, que foi sendo confrontado por nós com o bebê real.

Delineamos a hipótese de que, para esses pais, no geral, as crianças incomodam, pois eles não se sentiam livres para amar o bebê deles com ambivalência.

Num dado momento desse segundo encontro, uma das terapeutas questionou: *Estou percebendo um ponto em comum: está difícil para Aline dormir em sua casa, pois pode acordar e incomodar os vizinhos, assim como a avó também acha que ela incomoda. Será que a Aline incomoda?*

Tanto a mãe quanto o pai se recusaram a percebê-la como incômodo, a não ser pelo fato de ser criança, e pensamos que ela também os fazia sentir que não eram bons pais. A mãe “fazia” tudo para acalmá-la e consolá-la, mas sem sucesso. Essa hipótese foi confirmada pela fala da mãe, em resposta a seguinte indagação de uma das terapeutas, quando procuramos ajudá-la a pensar, voltando-se para a sua angústia: *O que você sente quando ela chora?*

A mãe respondeu: *Eu penso: vai começar tudo de novo... Não fico pensando que é uma dor, acho que é vício dela.*

Essa fala da mãe teve uma grande repercussão interna, e nos levou a pensar em um bebê “viciado em leite”. Ao ser indagada sobre o motivo pelo qual Aline chorava, a mãe, de fato, respondeu: *é um vício de tomar leite.*

Aos poucos, percebemos que a mãe foi se permitindo olhar para Aline como alguém que tinha necessidades que seriam supridas com o leite quando este alimentava a sua pessoa e não somente seu estômago. Quer dizer, a mãe foi se dando conta de que, às vezes, não compreendia o pedido de Aline; em certo momento, ela revelou: *por vezes percebo que Aline queria dormir no meu colo, e aí, quando chorava, eu lhe dava a mamadeira....* A família toda e ainda a empregada que ficava com a menina também procediam dessa forma; sendo assim, Aline não passava de um “lactente, de um tubo digestivo, sem direito à vida psíquica, portanto, sem sofrimento psíquico, sem desorganização” (GOLSE, 2003, p. 25).

O manejo oferecido por essa mãe lembrou a dinâmica que mães de pacientes com queixa psicossomática estabelecem com os filhos: cuidam do corpo, não se dando conta do mundo psíquico deles.

Outro aspecto trabalhado na segunda consulta foi o investimento afetivo de uma das terapeutas sobre o bebê - verdadeiramente, ela era adorável. Certa vez, essa terapeuta apontou: *Mas veja, nessa situação agora, ela está mexendo na cortina, está brincando, mas vocês estão incomodados... Com o quê?*

Através da enação, foi comunicado aos pais o desejo de Aline explorar, conhecer, crescer, separar-se deles utilizando-se da capacidade de brincar, sonhar... O fragmento seguinte ilustra essa percepção.

Uma das terapeutas disse: *Ela está apenas brincando, conhecendo, explorando; as crianças fazem essas coisas, vocês não se lembram? E essa brincadeira parece ser muito importante para ela. Então, como atraí-la para algo que também possa ser prazeroso para vocês?*

A consulta prosseguiu, favorecendo a reflexão dos pais sobre as suas representações, na tentativa de modificá-las. Os movimentos afetivos profundos foram sendo intensificados, como se pode observar na seguinte seqüência:

Eu acho que... porque ela acorda de madrugada... então é alguma coisa que acontece na hora de dormir, disse a mãe. E uma das terapeutas fez a seguinte intervenção: *... Você já se perguntou mais de uma vez o que faz de errado ou o que não deveria fazer...*

As duas terapeutas trabalharam em parceria; enquanto uma conduzia o processo introduzindo o pai na dinâmica entre o bebê e a mãe, a outra oferecia *holding* à mãe, e numa intensa empatia, reconhecia e legitimava seu sofrimento, levando-a a compreender que era preciso ser contida em seus aspectos infantis “para poder cuidar de sua filha, oferecendo-se como continente para ela; isto é, escutando o bebê que habitava dentro dela e que, um dia, também não fora escutado”.

Quando as terapeutas indagaram se o pai dividia a tarefa de fazer Aline adormecer, ele relatou que a esposa ficava atenta a qualquer indício de vigília do bebê, correndo prontamente para atendê-lo; diante disso, ele nem chegava a ouvir a filha e dormia a noite toda. A mãe justificava sua conduta alegando que, assim, evitava que Aline iniciasse um choro muito intenso, a ponto de incomodar o sono do pai. Este, porém, afirmava que poderia participar mais nesses momentos, desde que a esposa o permitisse. Mas ela insistia em sua postura, argumentando o seguinte: *uma vez, deixei que ele fosse atender Aline, e ele chegou correndo, berrando, gritando, e eu acho que ela se assusta e chora mais!*

Diante dessa colocação, a mãe resgatou uma lembrança de sua infância, dizendo que seu pai a repreendia porque era “chorona”, agitada e mexia em tudo. Emocionou-se ao dizer que se assustava quando seu pai a chamava, pois sempre pensava tratar-se de uma repreensão.

Ainda ajudando a refletir sobre os motivos que impediam Aline de dormir, a mãe indagava, preocupada, se acontecia algo de ruim na hora de colocar a filha no berço. Uma das terapeutas lhe disse então: *Imagino o que você deve sentir quando não consegue fazê-la dormir. Você, que faz tudo certinho...* A mãe, com os olhos marejados, respondeu, dando-se conta de sua tristeza: *Isso é uma coisa muito ruim, muito triste, de incapacidade...*

A mãe deprimiu quando foi se dando conta do sentimento de impotência que vivia por não conseguir fazer a filha adormecer. Essa experiência de tristeza foi possível a partir da empatia profunda e verdadeira com seu sofrimento por não conseguir acalmar sua filha. Aline fez a mãe reviver o bebê que cada de um nós conservamos, e que nunca morre. No caso dessa mãe, faltou-lhe alguém que a escutasse. Golse (2003, p.

23) lembra que “para cuidar do bebê com o mínimo de riscos iatrogênicos, é preciso estar verdadeiramente consciente e levar em conta essa parte hostil que é inelutável. Hostil porque fomos um bebê, e o bebê que fomos não morre jamais”.

Num dado momento desse segundo encontro, ocorreu, por fim, o desvelamento do mandato transgeracional. Na narrativa diacrônica da história dos pais, a mãe nos contou que o marido era tido pela sogra como uma pessoa difícil. Concordando com a esposa, ele disse que realmente fora uma criança birrenta. Quando perguntados sobre o relacionamento que tiveram com seus pais na infância, contaram que eles sempre trabalharam fora, e que por isso os encontros familiares só se davam à noite, mas eles tinham uma empregada que cuidava muito bem dele e de seus irmãos. Falou também de sua timidez. Certa vez, quando tinha sete anos, urinou nas calças por não conseguir pedir à professora para ir ao banheiro.

Nesse momento, a mãe contou de uma brincadeira que circulava na família do marido: cada vez que um filho se casava, a sogra dizia à nora que dava seis meses de garantia para o filho; depois disso, não o aceitaria mais de volta. No caso do seu marido, porém, a sogra dizia: “com ele não, é diferente; levou, não tem volta”.

Uma das terapeutas, nesse momento, disse: “*Ah, descobrimos de onde vem o estorvo...*”. “*É, tem um pouquinho, Aline tem o mesmo signo do pai... não sei se isso também tem a ver...*”, concordou a mãe. A terapeuta fez então a seguinte intervenção: “*Então, Aline puxou você na agitação, e no gênio, ao pai.* E a mãe concordou: *Pode ser...*”

O caso ilustra a eficácia da Consulta Terapêutica como intervenção de caráter preventivo. Com a utilização dos conceitos teóricos propostos por Lebovici e

psicanalistas da escola francesa, foi possível desfazer o mandato transgeracional, através de sua explicitação, formulação e conscientização, permitindo a modificação do funcionamento do bebê, num trabalho utilizando a transferência e contratransferência, a enação e a empatia metaforizante.

O atendimento estimulou movimentos afetivos profundos nos pais e, ao oferecer continência para seus aspectos infantis, permitiu a diminuição das projeções parentais sobre o bebê. Com a investigação dos mandatos transgeracionais, oferecemos um espaço para que refletissem sobre seus comportamentos, modificando-os a partir das mudanças nas representações inconscientes.

3. Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral foi compreender a eficácia das consultas terapêuticas na preocupação materna primária na gravidez de alto risco.

Os objetivos específicos foram:

- a) Prevenir as perturbações médicas e psicológicas que dificultam o desenvolvimento do vínculo mãe – bebê.
- b) Mostrar, através do delineamento de “contraste metodológico”, a evolução clínica patológica de um bebê, atendida em Consulta Terapêutica, a importância da intervenção precoce na gestação.

4. Estratégias e recursos metodológicos

4.1 Descrição do campo

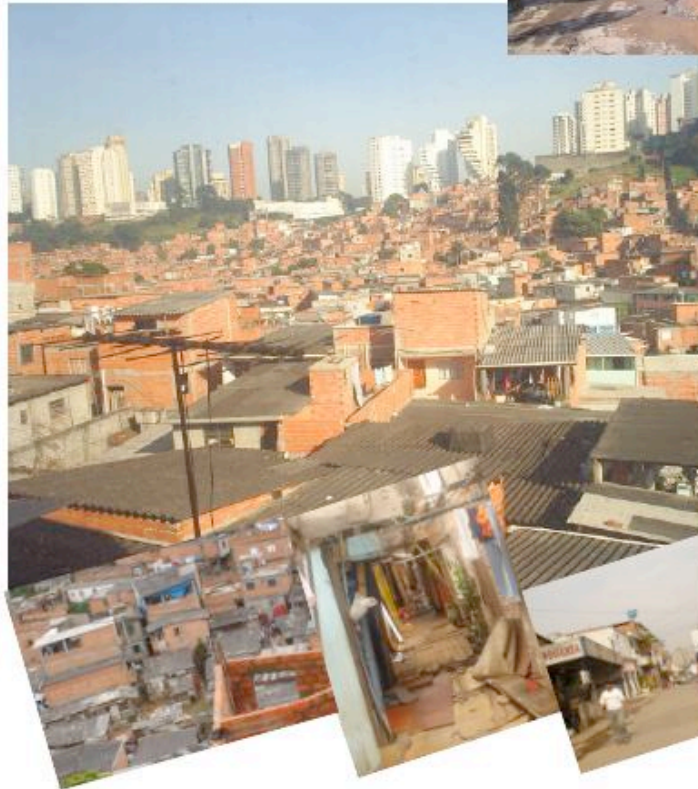
4.1.1 A comunidade de Paraisópolis

Segundo dados históricos, o primeiro domicílio construído na Comunidade de Paraisópolis foi em 1932, sendo que a favela surgiu somente na década de 60. O primeiro contingente de emigrantes nordestinos chegou ao local na década de 70, para fugir da seca, da fome e do desemprego. Um maior adensamento populacional também ocorreu na década de 80, devido a uma conjunção de fatores, dentre os quais o desalojamento de famílias para a construção de obras públicas, como a Av. Águas Espaiadas.

A Comunidade de Paraisópolis está localizada no Distrito de Vila Andrade, na Região sudoeste do município de São Paulo, e ocupa uma extensão de 84 hectares. De acordo com o Censo de 2000, possui 33.127 habitantes, mas atualmente, segundo lideranças locais, esse número subiu para 65.000 habitantes, que ocupam 11.823 domicílios, numa média de 3,7 pessoas para cada moradia. Desta população, cerca de 20.000 são crianças e adolescentes. Sobre a renda dos moradores, temos o seguinte quadro: 52,4% ganham menos de três salários, e 24%, menos de um salário mínimo.

Em relação à infra-estrutura das habitações de Paraisópolis, há certa variação: as casas mais numerosas são de alvenaria (67,94%), e as demais, de madeira ou papelão; a maioria possui um único cômodo, mas algumas mantêm uma laje para aumentar o espaço, e nestas moram geralmente mais de duas famílias; somente os domicílios localizados nas vias oficiais possuem abastecimento de água e rede coletora de esgoto, os demais são abastecidos de forma clandestina; quanto à energia elétrica, as casas possuem instalações precárias e muitas vezes clandestinas.

PARAISÓPOLIS



Há também significativa precariedade quanto à disponibilidade de serviços na localidade: a existência de córregos não canalizados e de fossas sem esgoto dificulta o saneamento local, e também não há coleta de lixo; o acesso às creches e escolas é baixo, com número insuficiente de equipamentos na região, tal como ocorre com os serviços de saúde. Contudo, embora a Comunidade Paraisópolis tenha um significativo nível de pobreza, apresenta algumas características mais favoráveis em comparação a outros conglomerados pobres, como por exemplo, a boa localização (próxima ao Morumbi), o baixo índice de violência e tráfico de drogas, uma melhor oferta de empregos na própria

região, gerado pela demanda de pessoal para suporte dos condomínios de luxo das redondezas, que contratam vigilantes, porteiros, motoristas, babás, diaristas, entre outros, e o apoio assistencial oferecido por inúmeras Organizações Não Governamentais (ONG) e entidades beneficentes, parte mantidas pelos moradores da região do Morumbi, que contribuem para amenizar a precariedade dos serviços e infra-estrutura local.

4.1.2 Perfil dos sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa são gestantes, moradoras da favela de Paraisópolis que freqüentaram os grupos de orientação do Programa de Atenção à Gestante - PAG, oferecido pelo Centro de Promoção e Atenção à Saúde do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis. Parte destas gestantes foi encaminhada para o atendimento psicológico (Projeto Parentalidade), uma vez que foram detectados aspectos de risco para a relação mãe-bebê, como: rejeição da gravidez, sinais de ansiedade, de depressão ou psicose, gravidez precoce ou tardia, bem como mães somatizantes.

Foram selecionados os materiais clínicos de quatro gestantes atendidas, considerados emblemáticos.

4.2 Procedimentos

4.2.1 Local de atendimento

O trabalho vem sendo realizado numa das salas do posto de atendimento do Programa Einstein - Paraisópolis. Procuramos tornar o ambiente da sala, que é bem pequena, o mais acolhedor possível, dentro dos recursos disponíveis. Oferecemos água, papel-toalha e mantemos mais ou menos agradável a temperatura com um ventilador, etc. Consideramos que o *setting* está internalizado no terapeuta, porém, como o espaço físico não atende a nenhuma especificidade, estabelecemos alguns princípios gerais, prevendo algumas situações atípicas.

4.2.2 Como foi feito o encaminhamento, número de consultas e tempo das sessões

De modo geral, a gestante chega ao serviço ou por solicitação própria, o que não é comum, ou encaminhada pela psicóloga, logo na entrevista feita na admissão ao PAG, ou pelos profissionais que desenvolvem as atividades nos grupos. Após a primeira consulta, as próximas são marcadas pela terapeuta.

Assim, a partir da entrevista inicial que a futura mãe realiza com os diferentes profissionais do PAG, um dossiê é construído contendo informações das intercorrências médicas e psicológicas, dos exames de rotina, dos procedimentos recomendados e da evolução deles. Antes de iniciar as atividades semanais nos grupos, cada gestante é entrevistada por uma voluntária capacitada para essa função, que indagará sobre os acontecimentos importantes na semana, os encaminhamentos realizados, as queixas somáticas e/ou psicológicas. Muitas vezes, elas são encaminhadas para os diferentes serviços, como o atendimento psicológico, já na admissão. A enfermeira constitui

referência para elas, não somente para falar de questões de saúde, mas para as queixas em geral, como violência doméstica, abuso, uso de drogas, gravidez indesejável. Muitas vezes, é essa profissional quem encaminha para os diferentes serviços e acompanha a realização do tratamento através do registro da presença nos cartões.

Os atendimentos são agendados previamente, por isso não é comum a fila de espera. Na ausência das pacientes aos grupos e às consultas psicológicas, é feito contato telefônico ou por correio.

No Projeto Parentalidade foi estabelecida uma média de oito consultas, sendo cerca de quatro antes do parto e quatro depois; estas últimas têm por objetivo acompanhar a díade nos seis primeiros meses após o nascimento. Porém, além das previstas, novas Consultas Terapêuticas podem ocorrer, caso sejam identificadas dificuldades no vínculo mãe-bebê e/ou distúrbios de expressão somática ou mesmo o desejo da mãe de conversar com a terapeuta sobre uma nova questão. Também é possível diminuir o número de atendimentos. Ambas as situações ocorreram em dois dos casos aqui apresentados.

A duração da consulta é de aproximadamente uma hora, podendo se estender por alguma intercorrência, de certa forma previsível, ou terminar mais cedo para atender a algum encaixe. Um familiar, um filho menor ou o marido podem acompanhar a futura mãe à consulta, ou por solicitação dela, ou nossa.

4.2.3 Constituição do *setting* e funções do terapeuta

Os temas trabalhados são eleitos pela própria paciente e se referem às experiências infantis, desde a mais precoce, incluindo as vivências intra-uterinas,

lembranças de separação, abandono, negligência, abuso, estupro, bem como os conflitos nas relações com os pais, principalmente com a mãe, e outros familiares. São também abordados temores e ansiedades próprias da gravidez, como: expectativas que têm do parto e pós-parto; as condições de saúde dela e do bebê; suas capacidades e condições para garantir a sobrevivência do filho; preparação do enxoval; o local (físico) que lhe será destinado e a escolha do nome.

Às vezes, a gestante nos fala da infância de modo nostálgico, e vamos conhecendo as construções, as representações mentais que fez do bebê - o bebê fantasmático, imaginário, real e cultural. Em geral, na última consulta o tema é o bebê real: o lugar que ele ocupará na casa - a preparação do enxoval, do seu espaço (o quarto, o berço) e as mudanças que sua chegada trará à rotina da família e de seus membros em particular¹⁷.

O terapeuta busca, então, explorar o material trazido pela paciente, seguindo os pressupostos metodológicos das Consultas Terapêuticas, descritos no Capítulo 2. No presente Projeto, o modelo de Consultas proposto se ancora na teoria winnicottiana, nas contribuições teóricas de Lebovici e também na descrição dos conteúdos a serem investigados ao longo dos atendimentos. O objetivo é facilitar e/ou favorecer a preocupação materna primária e os processos de parentalidade.

Em linhas gerais, as consultas seguem o desenho delineado a seguir:

¹⁷De modo geral, é realizado um procedimento de *Follow-up* dos casos, embora nem todos os presentes casos descritos apresentem o mesmo. Nesse procedimento, a mãe é recebida juntamente com seu bebê para que possa ser avaliado o vínculo estabelecido, o desenvolvimento inicial da criança, bem como o estado emocional de ambos. Essas consultas acontecem quinzenalmente no primeiro mês e mensalmente até o bebê completar seis meses. Em alguns casos, se prolonga por mais tempo devido a alguma condição que inspire cuidados (depressão da mãe, prematuridade, síndromes, história de abandono da mãe ou dos filhos menores, entre outros). Esses encontros têm o caráter de observação do vínculo, continência para a mãe, coleta de informações a partir das informações da própria mãe, para a detecção eventual de sintomas mais graves.

Investigação da queixa a partir de uma escuta atenta das implicações desta na gestação e na interação mãe-bebê. A postura do terapeuta desde a primeira consulta é de *continência, profunda empatia e genuinidade*, favorecendo a *experiência de ser verdadeiramente cuidado*. Nesse *setting* confiável, seguro e previsível é possível que o olhar da mãe se volte para o *bebê do seu self* (o bebê que foi) no período de dependência absoluta, provavelmente pontuado por rupturas de continuidade de *self*, pela necessidade de *reagir* para corrigir as falhas do ambiente, tornando a regressão impossível pelas angústias de aniquilamento. Também conteúdos inconsciente, referentes a uma etapa posterior, na qual o bebê progrediu o suficiente para se tornar profundo, se encontram aflorados pela condição da gravidez, conforme descrito através do conceito de “transparência psíquica” (BYDLOWISKI, 2002; BYDLOWSKI, GOLSE, 2002) e de “constelação da maternidade” (STERN,1997).

Acompanhamos a paciente nas questões que emergem, acolhendo as angústias e preocupações, em geral relativas às vivências da gravidez: seus temores sobre a sua sobrevivência e a do bebê, sua capacidade para prover recursos garantindo o desenvolvimento futuro do filho, suas dúvidas e temores sobre a repetição de sua própria história. Por meio da escuta, o terapeuta procura, então, resgatar a história de vida da paciente, desde sua idade mais precoce, suas relações familiares com seus pais, irmãos, avós, tios, etc., tendo em mente que é através dos cuidados maternos e paternos que o bebê será inserido na árvore da vida.

Acompanhamos o discurso das gestantes, refletindo os afetos envolvidos, atuando como um “ego observador”, possibilitando que se discrimine das questões, até para entristecer ao incorporar sua história, porém desvinculando o bebê dela. Também pontuamos seu desejo de cuidar deste bebê, pois procurou ajuda.

O terapeuta deve se colocar, pois, na posição de alguém que “escuta”, com a mesma atenção empática que a mãe dedica ao bebê, com todo seu corpo, seus sentidos, de tal modo que o que ela produz é reconhecido como tendo valor, e ambos são surpreendidos com sua criatividade, “momento sagrado”, momento de comunicação¹⁸ (WINNICOTT, 1965b/1994).

Muitas vezes, somos também surpreendidos com uma revelação dolorosa espontânea, como um segredo, uma situação de humilhação e uma vergonha sofrida na infância ou mesmo na fase adulta. Outras vezes a comunicação se dá a partir do movimento empático, e o terapeuta pode transformar o que sente e o que re-sente em representação que compartilha com a paciente. Essas experiências são metaforizadas; ou seja, a relação empática que se estabelece permite que a narração e os atos do terapeuta tenham um caráter metaforizante, já que carregam os afetos e as metáforas relacionadas à transferência e contratransferência da consulta (SILVA, 2002).

O terapeuta, da mesma forma que a mãe no período da dependência absoluta, quando se encontra em fusão com o bebê, atende às necessidades do paciente guiado pela empatia. Porém, Winnicott (1963/1990) recomenda que o terapeuta se comunique a partir de indícios, sinais e não somente através da empatia, a não ser em caso de regressão a períodos precoces, quando o paciente está em estado de fusão com o terapeuta. Este deve procurar atender a necessidade do paciente, dispondo no *setting* os “objetos” para serem criados e/ou encontrados, porque, mesmo quando não recebe de volta o que esperava em termos da compreensão, é o esforço verdadeiro do terapeuta

¹⁸ Como Winnicott (1971a/1984), acreditamos que terapeutas mais jovens são mais tolerantes com a demora dos pacientes, não impondo interpretações, na medida em que não tem tanto conhecimento e experiência para realizá-las prontamente.

para alcançá-la que, de fato, será levado em conta pelo paciente (WINNICOTT, 1965b/1994).

Em relação ao trabalho apresentado neste estudo, ao considerar as condições da realidade da gestante, a falta de apoio do companheiro, da família, o terapeuta se faz presente, também, de outras formas: quando realiza encaminhamentos para serviços médicos, solicita licença médica ou redige justificativas para as faltas no serviço devido às consultas; ou ainda quando estabelece contato telefônico ou por carta mediante faltas da paciente à consulta ou depois de um feriado ou férias, para confirmação da data do próximo encontro. São diferentes formas de cuidar e atender necessidades, e fazem parte do manejo.

Portanto, não constitui violação do *setting* o terapeuta conversar com a paciente por telefone, não como amigo, uma vez que entendemos o *setting* como algo internalizado, independente das condições externas (WINNICOTT, 1965b/1994). Também acolhemos como “gesto espontâneo” natural no relacionamento da nossa cultura as atitudes da gestante de nos cumprimentar com abraços, tanto no momento da consulta como quando nos encontramos em outras dependências da instituição. Da mesma forma, recebemos “presentes” feitos por elas, entendendo que se trata de uma produção artística, resgate da capacidade criativa, que nunca chega a ser completamente destruída (WINNICOTT, 1971a/1984).

Destacamos que a confiabilidade é cuidada e construída a partir da regularidade, previsibilidade e autenticidade:

O amor da mãe ou do terapeuta não significaria apenas um atendimento às necessidades da dependência, mas vem significar a concessão de oportunidade que permite ao bebê ou ao paciente passar da dependência para a independência (WINNICOTT, 1971a/1984, p. 150).

O ambiente de *holding* - suporte emocional genuíno - favorece, como já foi dito anteriormente, a emergência de conteúdos de forte carga emotiva que ainda não foram nomeados, como, por exemplo, os sentimentos que acompanharam as diferentes experiências de violência sofridas por nossas gestantes, os sentimentos de rejeição em relação à gravidez, o temor de abandonar seu bebê, repetindo sua história.

4.2.4 A supervisão clínica dos casos

As consultas são transcritas e discutidas nas supervisões regulares, semanalmente ou, na ocasião deste estudo, quinzenalmente.

Nas supervisões procuramos escutar os conteúdos relatados, identificando temas, preocupações e ansiedades abordados pelos autores de referência, conforme apresentamos no Capítulo 2. Levantamos possíveis hipóteses, relacionando as queixas atuais com a história de desenvolvimento, incluindo o ambiente, e buscamos as raízes, no passado, para as manifestações sintomáticas apresentadas. Ficamos atentas, de modo empático, observando o lugar que esse bebê ocupa na família e/ou para aquela mulher, tanto através do discurso quanto dos sentimentos vividos pelo terapeuta (WINNICOTT, 1965b/1994, 1971a/1984; LBOVICI, 1986, 1987, 1998).

As discussões nas supervisões procuram direcionar a escuta no sentido de ajudar a mãe a criar um espaço potencial, um lugar onde possa *criar* um filho e reconhecê-lo como parte de sua *criação*, em seu mundo subjetivo (preocupação materna primária), condição necessária aos processos de parentalidade.

4.2.5 Análise dos dados

A presente pesquisa descreve as Consultas Terapêuticas individuais, ocorridas somente durante a gestação. Em um dos casos aqui apresentados, o caso Luciana¹⁹, foi necessário um número maior de consultas, tanto em função da experiência do terapeuta quanto da gravidade do caso. E no caso Lina, foram realizadas, apenas, duas sessões. Importante pontuar aqui que o analista deve adaptar o seu instrumento às necessidades do paciente e considerar que a técnica está a serviço deste, e não o inverso.

Os casos foram analisados tomando-se por base os pressupostos teóricos e técnicos da Consulta Terapêutica, sendo enfatizadas possíveis mudanças na qualidade do vínculo mãe-bebê, identificadas através das representações mentais e afetos positivos em relação ao bebê.

Como só é possível criar na tradição, sendo um sacrilégio copiá-la (WINNICOTT, 1971), a partir do modelo de Consulta Terapêutica proposto por Winnicott (1955) e sistematizado e ampliado por Lebovici (1986, 1987, 1998), nos sentimos livres para trabalhar com as gestantes, contribuindo assim, criativamente, para a construção dessa intervenção terapêutica.

¹⁹Uma experiência que guarda certa semelhança com esse caso, pelo tipo de trabalho desenvolvido e as circunstâncias, é o caso Piggie (Winnicott, 1977/1987), embora neste o atendimento ocorresse sob demanda.

Clínica da Parentalidade



5. Clínica da parentalidade e atenção materna primária: uma proposta de prevenção comunitária

É claro que se uma pessoa for muito original e talentosa seu desenho pode valer 20 mil libras; mas, para aqueles que não são Picasso, seria uma imitação escravizante e não-criativa desenhar como Picasso (WINNICOTT, 1989, p.40).

Apresento neste capítulo quatro casos emblemáticos de mulheres atendidas pelo Projeto Parentalidade: Consultas Terapêuticas com Gestantes, aqui nomeadas como: Carmen, Frida, Luciana e Lina. O material clínico selecionado contém: a queixa,

aspectos da transgeracionalidade e a evolução clínica observada no decorrer das consultas²⁰.

O objetivo é evidenciar a necessidade do apoio psicológico à gestante, através *da oferta de um lugar onde possa acontecer o encontro com ela mesma, com o bebê que ela foi; portanto, uma experiência integradora de self*. Os casos ilustram, ainda, a grande importância de criarmos um *setting* humano, mas profissional, para escutar essas Mulheres de Paraisópolis, assim referidas por uma de nossas terapeutas²¹ - algumas batalhadoras, outras consideravelmente dependentes de seus parceiros e familiares, mas que parecem ter em comum uma aridez afetiva. A dura realidade na qual vivem imprime sua marca: a pobreza, a violência e as dificuldades transformam o viver em sobreviver. Pouco puderam refletir ou sequer falar sobre suas emoções, medos, vontades, sobre suas histórias.

Fazendo isso em nossa companhia, percebem que são alguém, que seus sentimentos, pensamentos e sonhos não são futilidades; ao contrário, são o que têm de mais valioso e fazem delas quem são. Passam a se perceber como protagonistas e não coadjuvantes da vida e se dão conta de que o destino é, em grande parte, uma escolha.

É também ilustrada aqui a proposta de trabalho desenvolvida por Winnicott e ampliada pelo grupo de Bobigny, especialmente por Serge Lebovici, e adaptada por nós no Projeto em foco.

²⁰ A autora desta tese atendeu dois destes casos, Carmen e Lina. Embora os outros dois tenham sido atendidos por outras duas terapeutas, optamos por manter o relato em primeira pessoa, pois o material clínico foi disponibilizado por ambas e trabalhado em supervisão clínica, conforme explicitado no capítulo anterior.

²¹ Ana Luiza Garcia

5.1 Carmen: o *setting* terapêutico como um lugar para o perdão²²

Carmen chega para a consulta mais cedo e aguarda na sala de espera para ser atendida. Convido a sentar-se e me apresento. Um sorriso meigo e tímido aparece em seu rosto e eu me dou conta de como é bonita, mas também do tamanho de sua tristeza. Conta que foi encaminhada pela enfermeira porque está muito nervosa, não consegue dormir. Pergunto o que a preocupa e ela responde que está com muitos medos. Peço-lhe para falar deles e pergunto também a época que começaram. Carmen conta que está com muito medo do parto, pavor mesmo, tem medo de morrer, acha também que não vai dar conta de cuidar do bebê, não consegue se imaginar dando banho, trocando um bebezinho, “é muito frágil”, diz ela.

Enquanto fala, expressa sua ansiedade através do discurso entrecortado e das mãos que aperta nervosamente uma contra a outra. Digo a ela que percebo o quanto está aflita e tomada pelo medo. Concorda e começa a dizer que não tem motivos para isso. Está casada há dois anos e se dá muito bem com seu marido. Ele é carinhoso e gosta muito dela, conversam sobre os medos e ele sempre procura tranquilizá-la dizendo que vai ajudá-la a cuidar do bebê. A gravidez foi planejada e desejada; os dois trabalham, ela é manicure num salão de beleza num bairro de classe média alta, próximo de sua residência. Compraram a casa onde moram e o bebê já tem o quarto dele. Pergunto se é a primeira gravidez e ela confirma que sim. Não se casou cedo, já tinha 26 anos, terminou o colegial e escolheu trabalhar em salão de beleza em vez de continuar estudando. Embora tivesse começado a trabalhar muito cedo, dava conta do colégio,

²² Este caso foi apresentado em 2007, na Sociedade de Psicanálise de São Paulo, no Evento sobre Resiliência, com a participação do Dr. Boris Cyrulnik

dizendo que trabalhar nunca atrapalhou o estudo. No final da consulta, Carmen já estava mais calma e sua fala não estava mais tão contida. Combinamos então um próximo encontro na semana seguinte.

Como da primeira vez, ela chegou antes e, quando abri a porta, sorriu aparentando estar feliz. Cumprimentei-a convidando a entrar em nossa sala.

Carmen continuou se queixando dos medos, dizendo que ainda não haviam passado, e que também não havia dormido bem durante a semana. Apesar das queixas, parece que veio disposta a trabalhar. Passa a apresentar sua família: diz que tem mãe e pai vivos, e irmãos com os quais se dá bem. Conta que seus pais vivem juntos e que sua mãe já se ofereceu para ficar com ela quando o bebê nascer, embora não seja necessário, porque o marido já programou suas férias de modo a coincidir com o nascimento do bebê. Ficaram muito felizes com a notícia de que teriam um menino, e acrescenta “meu marido está muito orgulhoso, mas também com um pouco de ciúmes, tem medo que eu não ligue mais para ele.” Percebo que fala de temas alegres, porém sua tristeza e ansiedade continuam presentes.

Esses afetos me parecem não combinar com o teor do seu discurso. Também me vejo pensando o quão diferente Carmen e sua família se apresentam em relação às demais pessoas atendidas por nós em Paraisópolis, marcadas por abandonos, maus tratos, abusos, estupros, fome, enfim toda a sorte de violência que acompanham a miséria, a não escolarização, e que tornam nossa realidade perversa. Talvez seja, inclusive, isto que me faça trazer Carmen para este estudo, para que possamos ir além do acontecido em si e pensemos sobre este mundo psíquico e o encontro dele com um ambiente seguro e que se comunica verdadeiramente.

Nesta altura da consulta, Carmen diz que precisa falar de algo muito importante, também muito difícil. Diz que esta não é sua primeira gravidez, embora ainda hoje não consiga aceitá-la. Começa a chorar convulsivamente e conta que quando tinha 14 anos conheceu um menino e começaram a namorar. Teve sua primeira experiência sexual e engravidou. O menino desapareceu, e ela, com medo de seus pais, escondeu a gravidez até quase o nascimento do bebê, no sétimo mês de gestação. Conta que não se alimentava e apertava a barriga com cinta de tal forma que ninguém notasse que estava grávida. Começou a sentir dor e somente então comunicou o fato à sua mãe. O pranto fica mais intenso quando Carmen conta que o filho nasceu morto e que, quando o médico mostrou o bebê, foi tomada pelo desespero. Ao olhar para ele não queria mais que morresse, queria que vivesse.

Noto um filete de sangue que começa a escorrer do seu nariz, parecendo indicar a dor pela culpa de não ter podido assumir o seu primeiro bebê. Falo então do tamanho dessa dor, dessa tristeza, afinal, ela só tinha 14 anos, era uma menina ainda e não poderia ter enfrentado e assumido aquela gravidez sozinha. Digo, ainda, que ela precisava de um testemunho para sua dor e que agora não havia mais necessidade de negar a existência do seu primeiro filho, pois ele não era mais um fantasma do seu passado que retornava - passara a ter um nome e podia fazer parte da sua história. Assim, também podia oferecer um lugar para este bebê que ia chegar, pois ele não ocuparia o lugar do outro. Carmen continuou chorando, porém era um pranto de alívio - ao voltar para o passado, revisitando os antigos lugares, parece ter exorcizado alguns fantasmas.

Nas duas consultas finais, Carmen estava diferente, seu rosto se iluminou. Suas mãos, que antes se contorciam mostrando sua ansiedade, agora alisam continuamente

sua barriga, sorrindo ao contar dos preparativos para esperar o bebê que já tem nome - Raul. Prendeu os cabelos deixando aparecer seu rosto, fala emocionada que havia conversado com seu marido sobre o que havia acontecido aqui. Foi tomada de surpresa ao contar a história do seu primeiro bebê a uma colega mais próxima, que, como ela, frequenta o grupo de gestantes. Parece que somente agora descobriu esta gravidez, autorizando-se a alegrar-se com ela. Falou dos planos para Raul, do enxoval, do desejo de amamentá-lo, do berço, do tempo que ficará com ele, sem trabalhar.

Raul nasceu de parto normal, sem intercorrências, é um bebê lindo, saudável e vinha sendo alimentado somente ao seio. Carmen continuava contando com o apoio e a ajuda do marido, e logo marcou uma consulta para conversarmos sobre a volta ao trabalho e sobre a escolha de uma creche para Raul.

Comentários

Carmem parece ter trazido para o nosso encontro fantasias de uma mãe assassina, não confiável para cuidar de um bebê absolutamente dependente dela. Ela conhecia o ódio pelo bebê e sua violência (WINNICOTT, 1947/1993), pois havia apertado a própria barriga para que o bebê não aparecesse, não crescesse no interior do seu corpo; era preciso se livrar dele, um objeto persecutório que a fazia se lembrar da vergonha de ter sido abandonada com um bebê. Além disso, não se sentia merecedora do amor de seu namorado.

Ali, porém, sustentada pela confiança e fidedignidade, pôde reconhecer sua capacidade de odiar o bebê (WINNICOTT, 1949/1993), mas também de amar e reparar.

Mostrei a Carmen o quanto ela havia se sentido sozinha em sua dor, sem poder confiar. E ao dizer-lhe que Raul era seu segundo filho, livramos seus descendentes (filhos de Raul) de cumprir o mandato resultante desse segredo.

Alguns temas ou preocupações acompanham os futuros pais de um bebê, ao inseri-lo em uma nova família (WINNICOTT, 1969/1994). As lembranças de também terem sido bebês e cuidados por uma mãe suficientemente boa serão acessadas, como descreveu Winnicott (1956/1993) e Bydlowski (2002), para que cuidem do bebê real, em seus primeiros tempos. É necessário então que a futura mãe tenha um tempo para que sua atenção, até então dirigida ao seu *self*, ao bebê que ela foi, seja reorientada para o seu filho. O processo inverso deve ocorrer com o bebê que nasceu; a mãe investe o bebê, mas é ele que faz dela uma mãe, colocando-o para dentro, como objeto do *self* (LEBOVICI, SOLIS-POTON, 2004; WINNICOTT, 1956/1993).

Outra preocupação apontada por Winnicott (1956/1993) refere-se ao impulso agressivo envolvido no ato sexual e a maneira pela qual o casal lida com as fantasias de prejudicar ou de ser prejudicado pelo outro. As fantasias têm sua origem nos elementos destrutivos (completamente inconscientes) que acompanham o impulso amoroso quando este é expresso fisicamente e emergem na forma de uma ansiedade extremamente poderosa no período da gravidez e do nascimento. Esse sentimento de preocupação ou culpa, porém, pode ser útil para o casal, pois ajuda a cada um dos pais lidar com as próprias necessidades, bem como com as do casal e da família.

Ainda no útero, o bebê abrandava essa ansiedade, pela sua presença viva, seus movimentos. Winnicott diz:

A família que nasce, antes de qualquer outra coisa, neutraliza as idéias aterrorizantes que giram em torno de um mal já feito, **de um corpo que foi destruído**, da geração de um monstro [...] Com toda a certeza uma boa parte da alegria que o bebê traz à vida de seus pais baseia-se no fato de que ele é completo e humano. Além disso, do bebê faz parte

algo que contribui para a vida, isto é, um distanciamento que o faz manter-se vivo; dele também participa uma tendência inata voltada para respirar, movimentar-se e crescer. A criança, **considerada como um fato**, por enquanto, com todas as suas fantasias referentes ao que é bom e mau, e com a vivacidade própria a todas elas, proporciona aos pais um enorme sentimento de alívio enquanto acreditarem nele; o alívio das idéias surgidas de seu sentimento de culpa ou de desvalorização (WINNICOTT, 1957 *apud* ABRAM, J., 2000, p.149).

Os temas e preocupações formulados por Winnicott (1957/1990) que acompanham a origem do indivíduo no contexto da constituição familiar se aproximam daqueles que compõem a constelação da maternidade (STERN, 1997), embora, como o próprio nome informa, apenas a mulher seja afetada por eles - a questão central da mulher na gravidez, o tornar-se mãe, o que significa ser capaz de cuidar do bebê para garantir-lhe a vida e o seu crescimento.

Essa dinâmica psíquica própria desencadeada pela gravidez adquiriu, no caso de Carmen, uma qualidade patológica porque foi potencializada pela associação com vivências traumáticas, possivelmente relacionadas também com aquelas vividas enquanto bebê.

5.2 Frida: o outro na costura da história²³

A paciente chega ao consultório para a sua primeira consulta uns dez minutos antes. Bate na porta e avisa que estava lá apenas para dizer que não poderia vir, pois ‘havam’ marcado a médica e a psicóloga ao mesmo tempo.

Frida se expressa de um jeito muito independente; é uma mulher mais velha, na ocasião com 43 anos, casada há 17, mora em casa própria, de madeira; usa batom, perfume e tem um cabelo bem arrumado.

²³ Este caso foi atendido pela terapeuta: Priscila D. França.

Marco, então, outro horário, para próxima semana. Logo que ela sai, penso: “não imaginaria está mulher fumando um cigarro de palha”, já que havia sido este o motivo de seu encaminhamento. Também fico na dúvida se ela voltaria.

Na semana seguinte, lá estava a paciente no horário marcado. Entra com uma expressão tranqüila como se não se importasse muito com o quê iria encontrar. Mostra-se como uma pessoa que estava ali porque fumava, e era só isso.

Começo então pelo motivo do encaminhamento e pergunto há quanto tempo fuma. Frida me responde que desde os 6 anos de idade e conta que foi seu pai quem começou a lhe dar cigarros, pois: “era só assim que a comida assentava, senão eu colocava tudo pra fora, voltava tudo”. Hoje, acha que devia ter “verme” e que esse foi o remédio. Conta ainda que fumou com seu pai até a adolescência, pois foi também aos 6 anos que começou a trabalhar na roça com ele. Ri e diz que hoje tem vergonha de fumar na frente dele. Comento que ela começou a trabalhar ainda pequena. E me diz que também aprendeu a fazer carvão e que se vestia com o dinheiro do carvão que ela mesma fazia.

Frida me conta sobre sua infância aparentando certa distância e uma objetividade muito grande em relação às experiências, que mais pareciam fatos. Diante dela, me sentia ignorante sobre a vida, pois qualquer comentário meu sobre possíveis dificuldades diante de alguma circunstância recebia uma concordância imediata, com a cabeça, e um sorriso. A personalidade de sua história parecia não fazer parte das costuras de uma relação humana.

Ao mesmo tempo em que Frida me dava a sensação de “não precisar” de outra compreensão de sua vida, além da que já tinha, me trazia junto a sensação que não sabia como falar a alguém, de não “saber” ter alguém para escutá-la na sua subjetividade, na

sua personalidade. Porém, de que é feita a relação da mãe com seu bebê senão da capacidade de subjetivá-lo, de humanizá-lo?

Pergunto-lhe então sobre sua atual gestação e ela me conta que é a sexta vez que está grávida. Conta que teve uma filha em Aracaju, com 21 anos, consequência de sua primeira relação sexual, mas que não se casou com o pai da criança, pois não gostava dele. Diz que seu pai não queria aceitá-la grávida em casa, mas que sua mãe a defendeu. Esta sua primeira filha mora hoje com sua mãe, no norte. Depois de um casamento por lá que não deu certo, veio para São Paulo, onde conheceu seu atual marido. Engravidou dele quatro vezes, com esta cinco, e tentou aborto de todos, dois morreram e dois nasceram. Diz que achava que filho ia atrapalhar muito a vida dela e que não gostava. Pergunto se esta gestação também está sendo assim e ela diz que não, que pela primeira vez não tentou “tirar”. Pergunto se ela estava querendo outro filho e ela conta que não, que inclusive teve relação (sexual) sem querer tê-la, mas que seu marido forçou. Pergunto se foi sempre assim. Ela conta que ele sempre bebeu e usou drogas, mas que era muito bom com ela. Porém, depois de um acidente em que ele esteve vinte dias em coma, ele ficou muito agressivo, mas diz que está melhor nos últimos tempos.

Termino a sessão lhe dizendo que parecia que este cigarro lhe ajudava a levar a vida, a assentar os acontecimentos dentro dela, como poder comer sem colocar pra fora, além de me parecer ser um jeito de trazer o pai para perto dela.

Ela concorda com a cabeça mais uma vez, porém mais pensativa e me olhando mais. Alguém escutou e prestou atenção nela.

Na segunda consulta, Frida chega com seu batom e com aparência bem cuidada, como sempre, mas não está sorridente; parece triste, mas talvez esteja apenas mais relaxada. Pergunto então como está e ela diz que melhor, que desde a semana passada

tem conseguido dormir, coisa que fazia no máximo três horas por noite, e mesmo assim acordando várias vezes. Peço que me conte melhor como era antes e ela diz que não conseguia dormir e que, cada vez que ficava acordada, fumava seu cigarro; porém, nas últimas noites tem dormido sem interrupções, ou com bem menos. Conta que dorme na sala, no sofá, seu marido em outro quarto com seu filho de 12 anos, e sua filha de 14 anos fica no outro quarto da casa. Diz que prefere assim, apesar de o marido muitas vezes chegar bêbado e drogado, e ligar o som alto no meio da noite.

Pergunto sobre sua filha. Ela diz ter muita preocupação com a menina, pois ela some de casa por dias e, além disso, pensa que poderia estar grávida. Fala da filha com muita distância e diz que, se o namorado dela vier conversar, vai lhe avisar que sua filha “não é boa coisa”. Diz que ela anda pelos mesmos caminhos do pai.

Pergunto se ela acha que sua filha usa drogas como o pai e ela diz que sim, que desde que seu marido voltou do acidente, agressivo, a filha ficou assim. Nesta hora, me diz que havia ido ao médico fazer uma ultra-sonografia e que estava muito preocupada, pois não conseguiram ver o sexo do bebê: “Ele [médico] disse que o bebê estava numa posição transversal na minha barriga”, e acaba me contando que ficou com muito medo de fazer cesária. Pergunto por que, e se ela já fez alguma. Ela diz que teve apenas parto normal e com fórceps.

Frida fala então, muito afetivamente e carinhosamente, de uma amiga que mora um pouco longe de sua casa, mas que sempre a acompanhou quando foi ter seus filhos; diz que esta amiga está sempre com uma criança pequena em casa para criar. Diz que, desta vez, não sabe se a amiga vai poder ir com ela, e se for cesárea, queria poder ir para a casa desta amiga com seu filho. Pergunto por que e ela diz que cesárea demora muito

a recuperar, que a mulher fica mais fraca quando volta pra casa. Pergunto se ela tem medo de seu marido.

Conta, então, como ele a machucava “forçando a relação” e que ele já pegou duas vezes uma faca e a ameaçou de morte; porém, desde que ficou grávida e a barriga começou a aparecer, ele ficou melhor e não chega mais perto dela.

Então lhe digo: “Essa gravidez parece lhe trazer certa proteção, não é?” “É. E eu engravidei porque em função de uma operação no útero parei de tomar o remédio.” Pergunto da operação, Frida conta que teve uma “verruga no útero” e que teve medo de morrer, de ser câncer.

“Parece que essa gravidez carrega uma coisa boa em você, uma esperança...” E Frida concorda: “É, quem sabe não é por este filho que vou ser feliz?”.

Termino a sessão orientando Frida quanto ao serviço social e a acompanho até lá; falo também da possibilidade de sua filha também freqüentar um grupo de gestantes, diferente do dela.

Frida chega para a terceira consulta com todos os exames de pré-natal para que eu visse. Ela havia sido encaminhada para uma ultra-sonografia de análise morfológica devido à constatação de uma artéria umbilical única. Conta que o médico disse estar tudo bem, mas que vai ter que acompanhar sempre. Fala do medo que tem de morrer, e também o bebê. Conversamos um pouco sobre isso e sobre a possibilidade de ela estar pela primeira vez acompanhando sua gestação desta forma, pois nunca havia feito pré-natal para nenhum de seus filhos. Afinal, a possibilidade de envolvimento também traz o medo de perder. Combino com ela que podemos nos ver mais vezes, além das quatro combinadas, se fosse necessário, e que iríamos vendo isso ao longo das consultas.

Pergunto como era a relação com sua mãe, e ela diz que foi a primeira filha mulher e que sua mãe sempre quis ter uma menina e por isso ficou muito feliz com o nascimento dela; e que sua irmã mais nova não gostava dela (Frida) por ser a preferida da mãe. Frida conta também que, segundo sua mãe, seu pai também parou de ficar agressivo depois que Frida nasceu. Mas diz que na roça as crianças ficam muito soltas e que quase não tinha gente onde moravam. Frida, então, começa a me contar de uma vida de infância e adolescência em que suas transformações corporais foram vividas em absoluta solidão; a própria gestação de sua primeira filha fora assim. Diz que, quando ficou menstruada pela primeira vez, achou que havia “enfiado um pau na bunda e se machucado” e que, desde então, parou de fazer suas fezes no mato com os porcos (que iam fuçar seu bumbum enquanto ela evacuava) e começou a fazer de cima da árvore. Diz que só após alguns meses, vendo que o sangue ia e voltava, percebeu que não podia ser um machucado.

Comento que ela está sempre muito sozinha para conhecer a si e ao mundo e que devia ser muito difícil saber como cuidar de um bebê assim... “Talvez por isso ter um bebê que dependa da gente tenha sido pra você tão pesado, como você me disse.”

Frida diz que este bebê já tem tudo, ganhou muitas coisas que os outros não ganharam, e vai ficar com ela em seu quartinho de costura, que é onde faz seu trabalho. Segundo Frida, a costura, o crochê e o trançado de barbante “me fazem esquecer do mundo”. Ela realmente fala deste trabalho com um enorme prazer e um ar criativo. Diz que leva suas agulhas e linha aonde vai. Ali, no quarto de costura, é o cantinho dela, é um espaço próprio, do qual seu bebê começou a fazer parte.

Frida aprendeu a costura com uma amiga em apenas um dia, e depois continuou aprendendo com as revistas. E enquanto me conta onde e como começou a costura e o

trançado, se lembra que, muitas vezes, depois do trabalho na roça, fazia chapéu de palha com sua mãe.

Comento que este bebê parece ter conseguido um espaço muito importante dentro dela. Ela então me diz que, apesar do médico dizer que é menino, ela tem certeza que vai ser uma menina, e já tem até o nome.

Digo-lhe que talvez essa menina que está nascendo seja ela mesma. Ela ri, um sorriso espontâneo, como se eu a tivesse descoberto. E comento que talvez ela se pergunte se vai ter lugar para os dois, a menina e o bebê.

Na quarta consulta, Frida chega atrasada, pois mais uma vez ficou presa em um médico fazendo seus exames.

Chega com cuidado e de mansinho vai me explicando seus motivos. E por fim diz que o médico mais uma vez disse que era menino e que ela já havia escolhido um nome para o bebê, caso fosse menino mesmo; o nome combinaria com o do seu outro filho, de 12 anos.

Frida fala, então, que anda se sentindo mais cansada com a barriga crescendo e que seus pés têm inchado, e nem tem ficado tanto na sua banquinha, vendendo suas costuras, mas conta com a ajuda da amiga, sempre que precisa. Diz, ainda, que mostrou suas costuras no grupo de gestantes e que todos gostaram, e que vai fazer um chá de bebê, pela primeira vez.

Depois, me conta que anda se indignando mais com as atitudes de seu marido - “ele não tem jeito”, diz ela, mas está falando mais com ele sobre o que lhe incomoda. Comenta que andou pensando que, se ele batia nela porque não conseguia se controlar depois do acidente, então não deveria estar conseguindo se controlar agora, só porque

ela está grávida. Diz já ter decidido que, se ele tentar qualquer coisa depois que o bebê nascer, ela não vai agüentar, e que a assistente social já lhe orientou.

“Parece que você está podendo cuidar mais de você e do que você sente, não é?”

Já terminando a sessão, Frida me pede mais um encontro e conta que sua filha anda muito arisca, mas que iria trazê-la para conversar com a enfermeira do grupo de gestantes ainda naquele dia. E no fim, comenta: “vou ser avó e mãe ao mesmo tempo”.

Concordo com ela e combinamos um quinto encontro, com um intervalo maior entre as consultas.

O quinto encontro teve uma função reaseguradora para Frida. Ela já havia mudado os móveis do quartinho de costura, colocando assim sua cama e o berço do bebê lá dentro. Em relação a sua filha continuava preocupada e ajudando-a para que participasse do programa de gestantes. Além disso, me traz de presente um pote de vidro todo revestido de seu crochê e me dizendo que era pra eu guardar coisas.

Comentários

Frida esperava encontrar no *setting* alguém que a escutasse em sua subjetividade, na sua personalidade. Discorrendo sobre a necessidade de o analista refletir o que o paciente traz, que é fundamental nessa modalidade de clínica, Winnicott (1967/1975) diz:

Não me agradaria, contudo, deixar a impressão de que essa tarefa, que consiste em refletir o que o paciente traz, é fácil. Não é; e, emocionalmente, é exaustiva. Mesmo quando nossos pacientes não se curam, ficam-nos agradecidos porque pudemos vê-los tal como são e isso nos concede uma profunda satisfação. (p.161)

O “momento sagrado” (WINNICOTT,1965b/1994), ou empatia metaforizante (LEBOVICI,1998) está aqui ilustrado na seguinte intervenção “parece que esse cigarro ajuda você a levar a vida, assentar os acontecimentos da vida dentro de você, como poder comer sem botar pra fora; também me parece ser um jeito de trazer seu pai mais para perto de você”.

Quando ocorre a experiência de “comunicação”, a pessoa se sente vista, compreendida. Ela discorre sobre sua história, sua questão. O terapeuta está ali, testemunhando, ajudando a retomar o discurso quando surgem as rupturas.

O clima de confiabilidade fez com que Frida discorresse sobre seu passado, sua história. O poder transformador da escuta é ilustrado por Bernard Golse (2003) ao mencionar o diálogo entre um casal que está vivendo uma história de amor no pós-guerra. De repente, ela interrompe a conversa e diz: “Diga-me alguma coisa que me faça segui-lo até o fim do mundo”. Depois de refletir um momento e ele lhe diz: “Eu lhe escuto”.

Assim, as grávidas de Paraisópolis chegam sem esperança, sem sonho, sem futuro; mas muitas voltam a tê-los. No final das Consultas, quando solicitadas a dar o depoimento sobre a experiência, é comum afirmarem que nunca ninguém havia escutado sua história com tanta atenção, e que nunca imaginariam que estas poderiam interessar a alguém.

Também gostaríamos de pontuar, como faz Winnicott (1971a/1984) no seu texto introdutório sobre Consultas Terapêuticas, que nosso objetivo não é ilustrar uma série de curas sintomáticas através das Consultas, mas, como ele, oferecer exemplos de “comunicação”; ele com as crianças, nós com as gestantes.

5.3 Luciana: uma história de privações²⁴

Luciana, uma mulher de 29 anos, bonita, dentro das possibilidades e da precariedade de sua vida, foi encaminhada no primeiro dia que começou a frequentar o PAG, por se apresentar muito agitada e nervosa, queixando-se de não conseguir conter sua própria violência, de estar sempre irritada e procurando briga com todos.

Na primeira sessão estava desleixada e pouco asseada, mas já na segunda se apresentou mais arrumada e cuidada, condição que continuou mantendo na ocasião deste estudo. Suas roupas são limpas, bem passadas e condizentes com o clima.

Ela espera seu quarto filho, sendo que os três primeiros são meninos. Cada um de um homem diferente. O pai do mais velho era traficante e morreu assassinado; o do segundo tem problemas mentais e está aposentado por invalidez, passando a maior parte do tempo deitado sob efeito de medicamentos; o pai do terceiro morreu num incêndio no local onde trabalhava, e o do bebê que está esperando mora com ela e com dois dos filhos dela. O filho do pai doente mora com a avó paterna. Luciana foi registrada com um nome masculino, e isto a incomoda demais, pois as pessoas fazem piada como se ela fosse um travesti. Está tentando mudar seu nome, uma letra no final, mas ainda não havia conseguido.

Logo na primeira entrevista, Luciana conta que, certo dia, tentou estrangular seu filho mais novo, de cinco anos, e percebeu que estava muito doente, mas não ligou, porque: “Ele é ruim e me irrita demais”. Diz que não sente remorso algum e isto a assusta, por se considerar capaz de matar: “Matar para mim é fácil, acho que nem sentiria remorso, o que me assusta é minha falta de remorso”.

²⁴ Este caso foi atendido pela terapeuta Débora Domingues Noronha.

Não quer ter este filho, principalmente depois que ficou sabendo que seria uma menina: “Não sei o que fazer com buracos, só sei cuidar de bolas e pau”. Luciana quase não dorme, bate no marido por qualquer motivo e fica chamando o filho mais velho, de quatorze anos, para briga. Costuma dar socos e pontapés e só assim consegue se acalmar. Teme que sua filha nasça com problemas mentais ou com alguma deficiência: “Não sei cuidar nem dos normais, imagina de uma deficiente! Não vou agüentar, tenho medo de jogá-la na parede se começar a chorar”. Quando estava grávida dos outros filhos, não ficava tão irritada e até se envolveu com as gestações, mas quando nasciam percebia que não conseguia ter paciência, não amamentava e “xingava”, quando choravam: “Não sei como sobreviveram, deve ser por teimosia”.

Luciana é filha única. Sua mãe a maltratava, chamava-a de quenga, de demônio, coisa ruim. Quando tinha dois anos, sua mãe juntou-se com um homem, e Luciana foi morar com a avó materna, de quem fala com carinho: “Ela bebia muito, mas nunca me maltratou, era o paraíso morar com ela”. Sua avó morreu quando ela tinha cinco anos e, segundo Luciana, sua vida virou um inferno. Foi morar com sua mãe e o padrasto, que também a maltratava, não permitia que comesse nada de gostoso e fazia com que ela dormisse no chão duro e frio, enquanto eles dormiam na cama. Sentia tanta fome que comia cal de parede, pedras e folhas, hábito que mantém até hoje. Outro dia comeu uma caixa de giz de cera do filho: “Só de lembrar me dá água na boca. Meu filho disse que poderia fazer mal para o nenê, mas não consigo me controlar. Nunca fez mal para mim, por que faria para ela?”.

Lembra-se da vontade que sentia de comer frango assado e pudim de leite moça que sua mãe fazia aos sábados para o padrasto, mas não podia comer, senão apanhava: “Até hoje não consigo passar vontade, viro bicho e sou capaz de espancar alguém por

uma bolacha, roubo comida dos meus filhos e faço questão de comer na frente deles, com eles chorando. Sei que eles sofrem, mas não consigo ter pena”.

Quando completou doze anos, o padrasto começou a assediá-la, ficava espiando quando ia se trocar e tentou estuprá-la várias vezes, sem conseguir. A mãe sabia e a acusava de provocá-lo, acabou expulsando-a de casa quando estava com treze anos: “Para não perder o homem dela, ela preferiu um homem que sua única filha”. Luciana engravidou de seu primeiro filho aos quatorze anos, com o primeiro homem que encontrou: um traficante que também a expulsou de casa, com o filho pequeno. Como não podia voltar para a casa da mãe, foi dormir num ponto de ônibus junto com o filho, nunca pensou em abandoná-lo. Ficou nesta situação, vendendo sucata e dormindo no ponto de ônibus, até que uma conhecida ofereceu um emprego numa casa de família, que a aceitou com a criança. Teve mais dois filhos com homens diferentes, mas não deu certo: “É muito difícil alguém me agüentar”.

Sua mãe sofreu um derrame e ficou paralisada, o padrasto arrumou outra mulher e foi embora. Luciana ficou cuidando da mãe até sua morte, mas a relação era de puro ódio entre as duas. Sua mãe a ofendia sempre e, quando morreu, Luciana sentiu grande alívio: “Já foi tarde, se ela estivesse viva até hoje, eu a mataria.”

Conseguiu o endereço de seu pai, que ainda não conhecia, e foi procurá-lo numa cidade no nordeste para ver se tinha alguma coisa para receber de sua mãe, mas ele desconfiou que fosse filha dele, mesmo tendo os documentos na mão. Teve uma impressão muito ruim dele e imaginou que pudesse querer abusar dela também, como o padrasto, desistiu dele e voltou.

Os encontros com Luciana são vivos e animados. Trata-se de uma mulher bastante inteligente e interessada, se expressa bem, está atualizada nos assuntos diários

e é coerente no que fala. Estes dados me levaram a pensar que existia um potencial, um núcleo saudável e organizado que pudesse contribuir para seu progresso dentro da terapia. Ela vinculou muito rapidamente, nunca faltou às sessões, um total de doze. É pontual e sempre traz farto material para ser trabalhado. Geralmente os temas das sessões não se desviam e ela escuta atentamente o que é dito, sem me interromper. Lembra do que conversamos e conta sua evolução, não deixando perdido nada que tenha sido conversado. Quando indiquei um psiquiatra em virtude de suas insônias, concordou, mas não poderia ser medicada, segundo a médica, enquanto estivesse grávida.

No início dos atendimentos, Luciana falava muito, xingava o marido, os filhos, a mãe e, principalmente, a criança que espera. Dizia ser muito possessiva e violenta e achava estranho não sentir nenhuma espécie de remorso pelos seus ataques. Sua irritação me lembrava a fúria de uma fera acuada. Mas não era medo que ela me despertava, era mais um sentimento de desamparo, de não saber bem o que fazer com ela, como se eu precisasse de ajuda para atendê-la. Disse a ela que eu imaginava o quanto era complicado se sentir tão desamparada e ter que cuidar de mais um filho. Um filho que dependerá totalmente dela para sobreviver. Insistiu que não iria cuidar dessa criança e tinha medo de matá-la, porque quando fica irritada é capaz de tudo. Disse-lhe que talvez a gente pudesse primeiramente pensar no seu próprio medo de não sobreviver, um medo já sentido muitas vezes, e que ter uma criança tão dependente dela pudesse despertar nela os mesmos sentimentos de quando dependia de sua mãe.

Nas sessões seguintes, Luciana falava mais de suas apreensões em relação ao que fazer com seu bebê. Recusava-se a pensar nela concretamente: “Não consigo me interessar por ela, não sinto nada, se não fosse a barriga nem lembraria que estou

grávida”. Continuou atacando os filhos, o marido e uma vizinha que tentava ajudá-la. Esta vizinha tem um papel importante na sua vida, dedica-se a Luciana sem pedir nada em troca, ofereceu-se para fazer um chá de bebê que foi recusado de pronto: “Não quero que façam nada pelo bebê, não quero ter este bebê”. No entanto, nunca tentou o aborto e não sabe explicar por quê. As intervenções eram no sentido de pontuar que ela parecia não poder aceitar nenhuma manifestação de carinho por temer depender de alguém. Sua sobrevivência excluía o outro por ser, na sua fantasia, mais seguro. Apontei seu empenho na terapia e que, embora não percebesse, aceitava minha atenção.

Durante os atendimentos, quando ficou sabendo que, de fato, esperava uma menina, Luciana entrou em pânico: “Como vou cuidar de buracos, só sei cuidar de bolas e paus”. Uma menina, ela mesma, nas mãos de uma mãe perigosa. Disse a ela que sua história não precisava se repetir com sua filha, que ela podia mudar aquilo que na sua cabeça parecia imutável.

Era interessante observar a incoerência entre a forma agressiva de falar e a preocupação constante e cada vez maior em relação aos filhos. Perguntava como devia proceder e tentava usar as informações para melhorar sua relação com eles, apontava com isso um interesse genuíno em ser uma mãe melhor. Aos poucos, Luciana foi mudando, sem que se dar conta disso; começou, por exemplo, a falar com algum reconhecimento de sua amiga, seu marido: “Ele é um homem bom, tinha motivos para me deixar, mas fica comigo, não sei o que seria de mim sem ele”. Falava também de sua avó, que cuidou dela até morrer, o que faz pensar que teve alguma experiência inicial boa. Talvez seja esta a explicação para a esperança que Luciana ainda tem na vida.

Ela queria viver, melhorar, fazia planos para o futuro, mas se desesperava quando não conseguia controlar seus impulsos agressivos e, principalmente, quando pensava na filha que ia nascer.

Um dia, me fala que o destino de sua filha já estava traçado, que seria uma “quenga” como ela. Disse-lhe que este destino nem ela mesma seguiu, já que nunca fora “quenga” como sua mãe havia determinado e que talvez ela tivesse tentando até hoje corresponder ao esperado pela mãe, fazendo o papel de uma pessoa ruim e sem sentimentos. Completo dizendo que seus ataques eram reais e que não dava para fingir que não existiam, mas a dúvida ficava em relação a quem atacava, se era ela mesma ou esta personagem que foi inventada para cumprir o que fora determinado por sua mãe. Luciana me escuta com atenção, embora nada responda, parecendo confusa.

Na sessão que se seguiu conta que se sentia estranha, chora ao falar de um menino, seu sobrinho, cuja mãe não cuidava direito, deixava-o com roupas sujas e com fome. Começa a se sensibilizar com sua própria dor através de outras pessoas, mas, quando aponto seus próprios sentimentos percebidos no menino, escapa e retoma seus ataques desmerecendo a demonstração de encantamento que as grávidas dizem sentir pelos filhos que esperam: “Não agüento tanta ‘melação’, me irrita o jeito delas com aquelas caras de bobas, até acredito que não estão fingindo, mas não consigo sentir nada disso, estou com medo de não conseguir gostar do nenê”. Disse-lhe que talvez o medo fosse de gostar e não saber o que fazer com este sentimento, de gostar e maltratar ao mesmo tempo.

Na sessão seguinte chega dizendo que não conseguiria viver mais sem o Einstein e que, se soubesse que teria tanto apoio, teria engravidado antes. Consegue verbalizar pela primeira vez sua necessidade de cuidados além de demonstrar uma capacidade de

reconhecimento e agradecimento. Estávamos chegando a um momento crítico, uma depressão se anunciava, na medida em que se tornava mais dependente e tinha consciência de seu estrago. Seu medo passou a ser o de destruir aqueles de que tanto precisava, seu marido, seus filhos, sua amiga, o Einstein e a mim. Foi exatamente neste momento que precisei faltar, uma falta anunciada e reiterada durante três sessões para que não revivesse o sentimento de abandono, mesmo assim, não sabia ao certo qual seria a conseqüência.

Na sessão após minha falta, Luciana chega cuidadosa comigo, pergunta como tinha sido meu compromisso, que ela sabia do que se tratava, me olha com carinho e comenta que na sexta passada, dia da falta, ela chegou em casa, depois de ter ido ao Einstein e chorou por quase duas horas, não conseguia sair da cama e sentia-se muito triste, mas que depois foi melhorando. Comenta que foi à psiquiatra, “uma louca” que nem olhou para ela, e acrescenta que não adianta uma pessoa dar remédio se nem se preocupar em saber para quem está dando. Luciana começa a se sentir merecedora de atenção, sentimento fundamental para poder perceber a necessidade de atenção que sua filha terá dela.

O nome de sua filha foi escolhido, seu enxoval está sendo preparado e já definiu o lugar onde a menina vai dormir, mas nega que esteja se afeiçoando a ela. Não me parece que esteja abrindo um espaço para seu bebê só porque “não tem saída e tem que fazer”. Parece mais uma atuação dos sentimentos bons; isto é, não consegue reconhecer seu amor pela criança, mas atua este amor providenciando o necessário para ela da mesma forma como atua seu medo do desamparo brigando com aqueles dos quais depende.

Comentários

Na ocasião deste estudo, Luciana continuava em atendimento e seria acompanhada até pelo menos três meses após o parto. Trata-se de uma paciente que tende a repetir sua história e comunica isto a todo momento. Ela precisa ter uma experiência de confiabilidade, experiência esta que depende de uma repetição dos cuidados, por um tempo, até que possa internalizá-los a ponto de poder cuidar de si mesma. É um trabalho que requer paciência e respeito ao ritmo dela, como uma mãe que vê seu bebê progredindo, mas que também percebe e aceita seus momentos de regressão, quando reage a alguma falha do ambiente.

No caso de Luciana não é difícil de entender sua angústia em relação ao nascimento de sua filha. O medo de enlouquecer a ponto de matá-la, o sentimento de não ser capaz de cuidar e a experiência do desamparo não permitem que sinta diferente. Hoje ela tem um bom homem a seu lado, mas não consegue confiar. Ela precisa de mais tempo, de alguém que a sustente psiquicamente, que permaneça a seu lado fisicamente, com seu horário garantido, monotonamente, até que a confiança no ambiente se estabeleça.

De nada adiantaria eu ensiná-la a ser mãe ou estabelecer regras de boa conduta materna; isso não faria nenhum sentido para ela. O que Luciana precisa é de uma boa experiência como filha para, só assim, poder ser mãe sem riscos a sua integridade psíquica. Necessita de cuidados maternos reparadores, vivenciar com o terapeuta o desenvolvimento emocional primitivo e lhe dar outro significado.

Assim como expressou Winnicott (1971a/1984) no texto introdutório sobre Consultas terapêuticas não pretendemos ilustrar uma série de curas sintomáticas, mas

queremos sim trazer exemplos de “comunicação,” lá com as crianças e aqui com as gestantes ..

5.4 Lina: um exemplo de mandato transgeracional

“...não falta trabalho, vou conseguir criar meu filho, catando latinha, lavando roupa.”

Lina é uma adolescente de 15 anos, estudante do primeiro colegial; muito viva, atenta, cheia de vida, um pouco “moleca”. Fala de modo espontâneo, aparentando certa ingenuidade, bem infantil. Gesticula ao falar, as mãos acompanham o seu discurso e a expressão do seu rosto muda, acompanhando os afetos que colorem as palavras. Mesmo no nosso primeiro encontro, em que estava acompanhada de sua mãe, Lina a descreve com um misto de reverência, mistério, confiança. Admira a capacidade dela ao conseguir um companheiro que a sustenta, sem que precise trabalhar. Reconhece que a mãe trabalhou muito para criar os filhos e concorda que hoje ela merece descansar. Lina veio às duas consultas antes de o bebê nascer. Quando seu filho nasceu, veio trazê-lo para que o conhecesse. De fato, ela foi uma mãe suficientemente boa para o bebê.

Primeira Sessão:

Lina veio para a consulta acompanhada de sua mãe. As duas entram na sala se sentam, e a mãe imediatamente começa dizendo: “Fiz de tudo para minhas filhas, deixei de comer para dar comida a elas. A Lina, sempre cuidei e mimei, levei até na psicóloga, fiz tudo. Não acredito que ela tenha algum problema. Acho que é safadeza. Fugiu de casa, engravidou. Vou receber ela de volta pelo bebê. Ela vai ter de assumir o filho e criar ele, como eu criei ela. Foi uma batalha.”

Depois, a pedido de Lina, conversei com sua mãe enquanto Lina aguardava na sala de espera.

A mãe fala de modo firme, se expressa bem, apesar de estar um pouco transtornada, muito brava, uma reação de mãe, desapontada, triste. Rapidamente me coloco no seu lugar e iniciamos nosso diálogo:

T: “Posso entender perfeitamente o que está sentindo, você queria uma vida diferente para sua filha ,você batalhou, sofreu...”

Mãe de Lina: “Sofri muito, fui criada pelo meu pai. Quando eu tinha um ano, minha mãe foi embora, largou os filhos, meu pai que criou a gente. Ele trabalhava na roça. Mas não deu a gente pra ninguém. Criou todos nós. Hoje não tenho raiva dela...”

T: “Vejo você brava e triste com a Lina, mas ao mesmo tempo recolhendo-a em casa, dizendo que ela vai cuidar do filho dela sozinha, mas na sua casa, junto com você. Você está cuidando dela como seu pai cuidou de você...”

Mãe de Lina: “É, pois a senhora sabe, com a Lina foi diferente de mim, foi o pai dela que foi embora, nossa... Quando ela tinha um ano também, igual eu... Não, mas foi a mãe que foi embora ; eu não abandonei ela...”

T: “Penso que, lá no fundo, você sabe ...”

Mãe de Lina: “O pai dela não deu nem o nome pra ela, sumiu ... Não tive mais contato... Será que tem a ver...?”

T: “Ao contar sua história você se lembrou do que aconteceu com a Lina ... O que eu vejo é que você cresceu e foi uma boa mãe. Criou seus filhos, não abandonou nenhum deles, pode fazer diferente do que sua mãe fez com você. E agora mesmo, apesar de brava e triste com a Lina, está disposta a recebê-la em casa, estar do lado dela...”

Mãe de Lina: “Ela é minha filha”

T: “É verdade, por isto vai ser uma mãe boa para o bebê, como você foi para ela: forte, amorosa, e batalhadora.”

Mãe de Lina: “Ela vai trabalhar em casa, fazer serviço de casa, vai terminar o colégio.”

T: “Com a sua ajuda, acredito que ela vá conseguir continuar a vida dela, embora tivesse engravidado muito cedo.”

Ao final, sinto que a mãe está mais tranqüila. Asseguro que poderia me procurar quando sentisse necessidade, que a Lina ia precisar muito dela, talvez voltasse um pouco a ser pequena, não que se esquecesse da gravidez, mas ainda nem tinha deixado a adolescência e já tinha começado outra experiência. Não seria fácil, nem para ela nem para a Lina.

Então recebo Lina. Ela está triste e chora bastante enquanto conta que está no primeiro colegial, que não iria parar de estudar, tem planos de continuar assim que puder. Está difícil, o namorado havia sumido, a mãe está muito brava, recusando-se a comprar roupas para ela e para o bebê. As roupas de Lina estão pequenas, mas está feliz com a gestação, não havia pensado em tirar o bebê, pois não falta trabalho: catava latinha, lavava roupa. Gosta do namorado, que estuda na mesma escola que ela, e queria que ele assumisse o filho.

Disse-lhe, então, que sua mãe havia me contado um pouco da sua história. Também seu pai havia ido embora quando ela era muito nova. Ela concorda, dizendo que nem o conheceu por isto nem falava sobre o assunto. Além do mais, este namorado da mãe é como um pai para ela. Entendo seu amor e consideração pelo padrasto, o que é bom; porém, que devia causar tristeza o fato de não conhecer seu pai, também talvez quisesse saber o motivo pelo qual não tinha o nome dele. Lina responde que ia atrás do pai do bebê. Ele precisa reconhecer o bebê como filho, dando-lhe o nome.

Na segunda e última consulta, encontro Lina muito alegre. Assim que entra, me cumprimenta com um beijo rosto, logo dizendo que havia se reconciliado com o

namorado. Depois de nossa consulta, foi procurá-lo. Soube também que o bebê é homem. Conta com emoção que sua mãe acompanhou-a no ultra-som, depois levou-a para comprar roupas, para ela e para o bebê. Está muito feliz, dizendo que naquele dia não iria chorar, como da outra vez. Concordo com ela, dizendo que ela já havia começado a mostrar a seu filho que era capaz de cuidar dele. Ele podia confiar nela. Conta-me, então, que havia me procurado na segunda feira, pois queria me dar um pouco da comida que havia preparado, na sua casa; na realidade, ela sabe que eu só estaria às sextas feiras. Falo que ela gostaria muito de me encontrar para contar as coisas boas que haviam acontecido; que ela estava se sentindo tão poderosa com aquele bebê, que era capaz de fazer magia, piscava o olho pensava forte e pronto. Nós duas rimos muito.

Conta também que a mãe havia conversado com o seu companheiro, dizendo que a filha não tinha tido pai, como ela não tinha tido mãe, e que nunca havia se dado conta de que Lina também havia sido deixada; só percebeu isso quando conversou com a psicóloga.

Combinamos, então, que quando o bebê nascesse marcaria uma consulta para me apresentá-lo, porém, caso precisasse falar comigo antes, poderia ser no meu dia de atendimento; eu estaria lá.

Comentários

Penso que o principal trabalho realizado aqui foi ter podido mostrar para a mãe de Lina como sua filha repetia sua história, como se dava o mandato transgeracional. Quando diz que sempre a mimou, talvez por não poder sentir ódio de Lina, pois esta a remetia a seu próprio abandono, ocorrido na mesma idade de Lina. A gravidez foi um “pretexto” que justificava seu desejo de expulsá-la de casa; assim, imaginava livrar-se

desse sofrimento, pela afronta sofrida por ter sido abandonada pela mãe, ela que, como Lina, era a “caçula”. Nunca havia associado sua história com a de sua filha caçula, que ela mimava tanto e não podia tê-la desapontado tanto, engravidando. Lina não cumpriria nada do que havia sonhado para a filha. A mãe precisava deste espaço que oferecemos para reviver este pedaço de sua história que se encontrava dissociado, e por isso precisava ser ouvida antes de Lina.

De fato, quando observamos que o caso necessita de cuidados extras, convocamos um responsável. Aqui, a mãe se antecipou. Talvez possa, através de sua filha, reparar os agravos que sua mãe lhe infringiu.

Outro aspecto interessante a ser destacado foi o uso que cada uma delas fez da terapeuta. À mãe, ofereci um *holding*, e um relacionamento humano verdadeiro, pois pude me identificar com sua tristeza de mãe, frustrada nos projetos que havia feito para a filha, sem considerá-los legítimos ou não. Isto foi suficiente para que nomeasse a sua experiência dolorosa e a ressignificasse, associando-a com a da filha. Ela também estava revivendo, através da gravidez de Lina, sua própria gravidez e depois o abandono - ela enquanto mãe; e também enquanto filha, pois ao contrário do homem que é um só, “para toda mulher, há sempre três mulheres: 1) o bebê menina, 2) a mãe, 3) a mãe da mãe... Não importa se tenha bebês ou não, uma mulher está presente nesta série infinita, ela é bebê, mãe e avó; ela é mãe, bebê menina e bebê do bebê” (WINNICOTT, 1994, p. 150).

Lembro também de outra afirmação do autor: “Cada um espera que uma necessidade seja atendida, mesmo que a ajuda só possa ser fornecida em relação a determinado detalhe ou a determinada área da imensa extensão da personalidade”(WINNICOTT, 1965b/1994, p. 231).

Lina talvez tenha sentido que tenhamos “vivido uma experiência juntas”, sendo o objeto subjetivo de que precisava.

É de fato desestruturante a ausência do objeto transicional para a criança lidar de forma não traumática com a separação, a individuação, necessária ao processo do amadurecimento. Entretanto, para que a criança “crie algo que está lá para ser criado” como o ursinho ou a fraldinha, precisa ter vivido a experiência da ilusão da onipotência, criando o objeto subjetivo. Lina parece não ter vivido esta experiência: “a área intermediária a qual me refiro é a área que é concedida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade, a principal tarefa da mãe (após propiciar a oportunidade para a ilusão) é a desilusão”(WINNICOTT, 1971a/1984, p. 28), Como ensina Winnicott (1971a/1984), o objeto transicional não pertence à mãe nem ao bebê, mas, paradoxalmente a ambos, criando a área de ilusão, o espaço dos sonhos, a área de criatividade, da amizade, do brincar criativo.



6. Considerações finais e conclusões

Como psiquiatra de crianças, não estamos interessados apenas na saúde, e gostaria que isso fosse verdadeiro quanto à psiquiatria em geral. Interessamo-nos pela riqueza da felicidade que se constrói na saúde e que não se constrói na falta de saúde psiquiátrica, mesmo quando os genes poderiam levar a criança em direção à realização. Dirigimos nosso olhar em direção à miséria e à pobreza não apenas com horror, mas também com os olhos abertos para a possibilidade de que, para um bebê ou criança pequena, uma família pobre pode ser mais segura e melhor como meio ambiente facilitante do que uma família numa casa encantadora, onde não haja ausência das perseguições comuns (WINNICOTT, 1971a/1984, p. 192).

Como vimos, a presente pesquisa teve como um de seus objetivos avaliar a eficácia das Consultas Terapêuticas propostas e desenvolvidas por Donald W. Winnicott

(1965b/1994,1971a/1984), e posteriormente ampliadas por Serge Lebovici (1986, 1987, 1998), no favorecimento do estado de preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956/1993) em uma população considerada vulnerável e/ou em risco biopsicosocial (MAZET; STOLERU,1990).

A escolha desse procedimento - Consultas Terapêuticas - ocorreu porque atendia às necessidades específicas dos três segmentos envolvidos no Projeto “Parentalidade: Consultas Terapêuticas com gestantes na Comunidade Paraisópolis”, quais sejam: a população alvo, a equipe de terapeutas da Habitare e os objetivos e estruturação do PAG. Esses fatores mereceram a nossa atenção desde a fase de implantação do mencionado Projeto, consolidação e manutenção, até o momento.

No que se refere à população alvo, por se tratar de gestantes, o atendimento deve ser breve, pontual e, ao mesmo tempo, adequado à situação de crise do amadurecimento, que, em geral, se faz presente na gravidez (WINNICOTT,1956/1993; BIRBRING et al,1961; STERN,1997; BYDLOWSKI, 2002).

A crise é caracterizada por um estado de “dispersão de *self*”, no qual algumas capacidades egóicas ficam temporariamente suspensas. Nessa condição psíquica, a pessoa se apresenta completamente identificada com o problema, necessitando da ajuda do terapeuta para formulá-lo, ocorrendo assim a diferenciação ego-objeto. O terapeuta coloca seu ego observador a serviço do paciente, tarefa semelhante àquela realizada pela mãe ao cuidar do bebê no período de dependência. Aqui também é necessário que o terapeuta, a exemplo da mãe, realize a função de espelho para que o paciente possa ter de volta, recuperar sua capacidade de pensar, podendo assim diferenciar-se do problema, quando “então deixa de ser o problema e passa a ter um problema” (SAFRA,

2003). Portanto, as gestantes necessitam de uma experiência integradora. O *holding* e o manejo são fundamentais como um ambiente continente.

Quando Winnicott nos fala da mãe-ambiente (1971b/1975), mostra o quanto as experiências infantis precoces vividas na maternagem podem ter a ver com a incorporação de um ambiente interno, assim que o bebê encontra a si na mãe (ambiente). Em momentos de crise, como durante a gestação, é nesse ambiente interno que foi incorporado que o indivíduo se apóia.

Além disso, a crise no período gestacional coloca a mulher em contato com o mundo do bebê imaginário e dos mandatos transgeracionais (daí a importância dos objetos subjetivos nas Consultas Terapêuticas), o que abre a possibilidade de encontrar e poder se relacionar com o bebê real e ir “acontecendo”, “sendo” em sua história atualizada.

O segundo aspecto considerado por nós ao escolher o procedimento das Consultas Terapêuticas diz respeito à equipe de terapeutas que realizam o trabalho. Apesar de terem sido capacitadas para participar do Projeto, são analistas em formação. O próprio Winnicott (1965b/1994) argumentava que a realização de inúmeras Consultas Terapêuticas possibilitava uma ampla experiência, favorecendo esse processo, pois, embora ocorram “oportunidades para comentários interpretativos, estes podem ser mantidos em um mínimo ou, em verdade, deliberadamente excluídos. Desta maneira, terapeutas adequadamente selecionados podem efetuar este trabalho enquanto se acham em processo de aprender como fazer uma psicoterapia que inclua uma interpretação verbalizada”; assim, continua Winnicott, “aqueles que se mostram ávidos por saltar sobre o material com interpretações devem ser considerados como temperamentalmente

inadequados para a prática psicoterapêutica e isto se mostra particularmente verdadeiro quanto a adequabilidade de conduzir Consultas Terapêuticas” (p.230-231).

E, por fim, quanto ao PAG, seus objetivos e sua estruturação desempenham a função de *holding*, que é esperado do lar e dos pais quando o procedimento de Consultas Terapêuticas é utilizado: “um corolário disso é que as crianças, eu diria a gestante, que não contam com um *background* de apoio, ou tem pais que são doentes mentais não podem ser ajudadas concretamente por esse método rápido” (WINNICOTT, 1965b/1994, p.299).

O principal objetivo do PAG é o acompanhamento das gestantes, potencializando o valor das consultas pré-natais e favorecendo o vínculo mãe-bebê e o aleitamento materno. Os cuidados necessários para garantir a saúde tanto da mãe quanto do bebê são “concretamente realizados”, sendo oferecida às mulheres uma rede social de apoio tendo o cuidar como tema central. Desse modo, a regressão, que em geral acompanha a gestação, nos estados de preocupação materna primária, e é favorecida pelas Consultas Terapêuticas, pode ser experienciada por elas.

Importante, também, destacar a razão de termos denominado o trabalho como Consultas Terapêuticas com Gestantes. A idéia era justamente adaptar o procedimento ao público alvo, e não exemplificar pura e simplesmente a técnica descrita por Winnicott, mesmo porque o autor evitou sistematizá-la, temendo que, ao fazê-lo, retirasse sua essência - que é a de se constituir num espaço terapêutico, de encontro, abrindo a possibilidade de comunicação verdadeira entre duas áreas do brincar, do paciente e do terapeuta.

Assim, “não existem instruções técnicas nítidas a serem dadas ao terapeuta, uma vez que ele deve ficar livre para adotar qualquer técnica que seja apropriada ao

caso” (WINNICOTT,1965b/1994, p.247). O que sustenta a técnica, como dissemos anteriormente, é o fornecimento de um *setting* humano, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, o que obviamente não significa atuar suas vontades e ansiedades, pois “o piquenique é do paciente e até mesmo o tempo que faz é do paciente” (WINNICOTT, 1965b/1994, p.247).

Assim como no brincar e no sonhar, as Consultas Terapêuticas se definem por ser uma experiência integradora de *self* - uma integração da fantasia com a realidade num mesmo espaço ou experiência. O trabalho que é realizado nas Consultas Terapêuticas é, pois, da natureza da integração, “tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional - uma forma de sustentação (*holding*) possível” (WINNICOTT, 1965b/1994, p. 230).

Mas, para que as Consultas Terapêuticas se efetivem, devem ser observadas duas condições básicas: a comunicação da confiabilidade e a experiência de mutualidade, a partir das quais uma verdadeira comunicação pode ocorrer; então, há a possibilidade de uma experiência integradora. Ambas as condições sugerem que o encontro terapêutico ocorre no espaço transicional do paciente com o terapeuta. Por isso, as Consultas Terapêuticas primam pela possibilidade de o terapeuta ser posto no lugar do objeto subjetivo e, assim, se comunicar verdadeiramente com o paciente.

[...] o trabalho realizado não é psicanálise, uma vez que é feito na atmosfera subjetiva original do primeiro contato. O analista, ao realizar essa terapia não-analítica, aproveita-se de um sonho com o analista que o paciente pode ter tido na noite anterior a esse primeiro contato, quer dizer, da capacidade do paciente para acreditar numa figura compreensiva e prestativa (WINNICOTT, 1965b/1994, p.299).

Retomando, então, os quatro casos aqui apresentados, representativos do grupo de gestantes que foram encaminhadas e atendidas no Projeto Parentalidade entre 2005 e 2007, ressaltamos que foi possível estabelecer um *setting* de confiança e fidedignidade,

permitindo que as gestantes comunicassem a questão emergente. Acreditamos que esse ambiente a elas proporcionado, por meio das Consultas Terapêuticas, favoreceu que todas as mães chegassem ao final da gestação, tendo seus bebês nascidos a termo e sem apresentar qualquer intercorrência médica. As quatro puderam amamentar seus bebês até o sexto mês, sendo que, além deste indicador de um bom vínculo, todas, ao final do atendimento, falavam com emoção e ternura de seus filhos. Lembramos, ainda, que em nenhum caso houve manifestação somática relacionada a aspectos emocionais (como hipertensão, diabetes, infecções).

No caso Carmen, somente após ter tido uma primeira consulta, em que a presença do terapeuta não foi vivida como algo externo a ela, mas sim como a possibilidade de realmente estar acompanhada de alguém que percebe seus sentimentos, abriu-se a possibilidade de uma verdadeira comunicação e não de uma conversa sobre algo “de fora”. Trata-se, pois, de uma comunicação que se deu no espaço potencial daquela sessão.

Na primeira gravidez vivida sozinha, Carmen projetou no bebê seus conflitos; e, a exemplo de toda relação humana, também a do bebê com sua mãe é ambivalente, com a inscrição do ódio. Winnicott (1947/1993) enumerou muitos motivos que levam uma “mãe suficientemente boa” infringir violência ao bebê, desde antes do nascimento, como pudemos constatar na história de Carmen.

Já no caso Luciana, um exemplo triste, pudemos ilustrar o que ocorre quando o olhar da mãe não faz a função de espelho; ou seja, o bebê olha para o rosto da mãe, mas este não devolve a imagem do rosto dele ou do objeto de que ele necessita. Essa gestante não viveu a identificação primária, a fusão inicial, matriz de todas as formas de relação - “primeiro ser, depois fazer”, adverte Winnicott (1971a/1984).

De fato, Luciana não podia integrar seus aspectos bondosos, provavelmente resultantes de sua experiência com a avó alcoólatra, porém amorosa. Ela precisou, então, conhecer outro olhar, uma relação de confiabilidade e fidedignidade: a terapeuta sustentou a dependência e também concordou com os ataques que ela promovia, reconheceu e validou sua agressividade, o ódio que sentia por “buracos”, por não ter tido um seio que acolhe. Luciana queria ou precisava de uma menina para reviver ou ter uma experiência do horror que viveu – um bebê desamparado nas mãos de uma mãe louca. Somente depois de viver o ódio e a tristeza por essa mãe, poderia identificar-se com o bebê Luciana, e não com a mãe maldosa.

Luciana também precisava de alguém que a escutasse através de todos os sentidos para ouvir o eco do seu verdadeiro *self*: “Sua filha não vai ser nunca uma quenga, porque você não é.” Apesar da situação de miséria em se encontrou, essa mulher de Paraisópolis nunca abandonou seus filhos, também não fez nenhum movimento para abortar o bebê. Assim, a terapeuta pôde valorizar seu papel de mãe, que é também um dos objetivos das Consultas Terapêuticas.

Outro ponto importante que queríamos ressaltar é a singularidade do *setting* terapêutico, devendo se adaptar a necessidade de cada paciente (GREEN,1990), como foi o caso de Luciana, que exigiu muita sensibilidade da terapeuta para perceber a necessidade de experienciar sentimentos violentos, vividos provavelmente como angústias de aniquilamento em etapas primitivas. Essa liberdade é necessária ao terapeuta, desde que fundamentada solidamente nos princípios teóricos e acompanhada através das supervisões.

Lina, por outro lado, necessitou apenas de duas consultas para esclarecer a questão transgeracional, o que a deixou livre para viver sua gravidez, embora ocorrida

muito cedo. Acompanhamos Lina e seu bebê, que, na ocasião deste estudo, estava já com três anos. Ela não teve outros filhos e tem como projeto de vida retomar seus estudos. O bebê de Lina parece ter vindo com a missão de libertá-la da história de sua mãe, a qual via em Lina a possibilidade de realizar os projetos que havia sonhado para si. Entretanto, a gravidez pôs fim a suas expectativas; compreendemos então sua revolta com a filha, ameaçando-a de expulsá-la de casa, identificada com o abandono que sofrera quando bebê. Ao cuidar de Lina, sua mãe também cuidava da menina abandonada que havia sido.

O caso Lina traz para a nossa reflexão uma outra questão, além, naturalmente, daquelas singulares, ligadas a sua história pessoal. Trata-se do alto índice de gravidez entre as adolescentes da Comunidade de Paraisópolis: 30% das gestantes atendidas no PAG têm entre 12 e 19 anos de idade. Esse índice é cerca de 10% maior do que em outras regiões de São Paulo que apresentam variáveis demográficas semelhantes.

Quando recorremos à história dessas meninas, encontramos em geral experiências de separações e abandonos, desde a etapa de bebê. Em sua quase totalidade, foram criadas pelas avós, tias ou conhecidos. Desde muito cedo ficaram sobrecarregadas com tarefas de adultos, como cuidar de irmãos menores, cozinhar, lavar, tolerar ou ser o objeto da ira de sua mãe quando esta se sentia ameaçada, temendo que ela seduzisse o pai/e ou o padrasto (FIGUEIREDO et al., 2000).

[...] as gestações muito precoces podem sobrevir nas adolescentes que procuram escapar da família e pedem à gestação que lhes dê, ao mesmo tempo, uma criança e um companheiro a quem é solicitado desempenhar ao mesmo tempo o papel de pai e de mãe. Nelas, ao mesmo tempo, o desejo de maternidade não foi elaborado através dos estados conflituais da

adolescência: estas moças se tornam mães antes de ter podido brincar de bonecas”(LEBOVICI, 1987, p.216).

Winnicott (1966, *apud* ABRAM, 1996) escreveu um artigo sobre o início da vida da pessoa, no qual estabelece algumas distinções entre “a formulação de uma idéia” e a “concepção”. A primeira se relaciona com o brincar criativo da criança, de tal maneira que revela o potencial da menina de tornar-se mãe. Para o autor, um começo de vida suficientemente bom fará com que uma menina “formule uma idéia” de um bebê em suas brincadeiras e faz parte do material onírico.

Ao refletir sobre esse tema, Winnicott não se preocupou em responder a questão referente à universalidade do desejo da menina de ter um bebê, mas considerou que, quando uma mulher formula verdadeiramente uma idéia, é porque está criando as condições para a maternidade: “Uma vez que a gravidez prossiga, essa preparação torna-se menos uma fantasia e mais uma realidade, embora a fantasia relativa ao bebê idealizado se constitua sempre em algo de grande importância” (WINNICOTT, 1966, *apud* ABRAM, 1996, p.150-151).

Ressalto que uma pesquisa longitudinal estudando a parentalidade entre mães adolescentes e seus respectivos bebês constitui tema de interesse para futuras investigações.

Finalmente, no caso de Frida o espaço potencial foi utilizado para evocar vivências muito primitivas ainda não experienciadas, pois faltou-lhe uma presença humana ainda anterior àquela que seu pai lhe propiciou ao acender-lhe o cigarro; presença de mãe que acolhesse seu gesto espontâneo, humanizando-o. Um *setting* confiável possibilitou que ela “costurasse” aspectos estranhos ao seu *self*, atribuindo-lhe significados. Somente nessa gravidez ela verdadeiramente “formulou uma idéia”, e o bebê foi se tornando mais real à medida que foi adquirindo a condição de “um objeto

interno da mãe, um objeto imaginado para ser erigido internamente, e mantido lá apesar de todos os elementos persecutórios também ali encontrados. O bebê dá outra importância à mãe, em suas fantasias inconscientes, mas o fator preponderante será a espontaneidade, assim como a capacidade materna de verter o interesse de seu próprio *self* para o filho”(WINNICOTT, 1960, p.15, *apud*, ABRAM, 1996, p.151).

Frida se descobria portadora de um objeto interno e passou a criar expectativas em relação a ele, iniciando a preparação do local onde o bebê ficaria, decidindo por fim pelo “quarto de costuras”.

Finalizo este estudo ressaltando que, através do *setting* de confiança estabelecido por uma mãe-terapeuta suficientemente boa, e aproveitando a condição psíquica tão favorável da gravidez, é possível estabelecer um espaço de “acontecência”. Cada paciente vai então desenhando o *setting* segundo suas necessidades pessoais, e usa o espaço segundo sua questão.

A evolução dos casos, inclusive do mais comprometido (Luciana), foi bastante satisfatória, o que confirma a potência terapêutica do procedimento de Consultas Terapêuticas, no sentido de propiciar a ocorrência de mudanças profundas e experiências de caráter integrador de aspectos do *self*, legitimando assim sua potencialidade como proposta de prevenção comunitária.

6.2 Conclusões

O ambiente de confiança estabelecido no *setting* de uma terapeuta suficientemente boa e as condições favoráveis propiciadas pela maternagem no período da gravidez se mostrou importante para intervenções precoces ou prevenção secundária de riscos, uma vez que o líder comunitário é acionado logo no início das dificuldades. A

estratégia de consultas terapêuticas foi eficaz na intervenção psicológica na gravidez de alto risco, com resultados satisfatórios para a saúde mental da mãe e seu bebê.

7. Referências

- ABRAM, J. *Dicionário da linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; GRANATO, T. *Ser e Fazer: na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006.
- ALVAREZ, A. *Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ANDRADE, C. D. *Corpo: novos poemas*. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- BARRIGUETE, J. A. et al. La Consulta Terapéutica en algunas alteraciones de alimentación del lactante. In LARTIGUE, B. T.; MALDONADO-DURÁN, M., et al (Ed.). *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Plaza y Valdes Editores, 1998. p.391-406.
- BIBRING, G. L. et al. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child RelationshipóII. Methodological Considerations. *Psychoanal. Study Child*, v. 16, p. 25-72, 1961.
- _____. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child RelationshipóI. Some Propositions and Comments. *Psychoanal. Study Child*, v. 16, p. 9-24, 1961.
- BYDLOWSKI, M. Olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., et al (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.205-214.
- BYDLOWSKI, M.; GOLSE, B. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: Uma via de objetalização. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., et al (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002.
- CATÃO, I. A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., et al (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.221-231.
- CÉLIA, S. A capacitação da resiliência e a formação da pele psico-social (envelope). In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., et al (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.494-502.
- _____. Parentalidade e pobreza: uma experiência brasileira. In SOLIS-PONTON, L. e SILVA, M. C. P. (Ed.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.211-215.
- CORRÊA, O. B. R. *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta, 2000.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 150, p. 782-786, jun 1987. ISSN 0007-1250.
- CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F. *La pratyique des psychothérapies mères-bébés*. Paris: PUF, 1993.
- CUNHA, I. Neurobiologia do vínculo. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., et al (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.353- 387.
- DIAS, E. *A Teoria do Amadurecimento de D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- EIGUER, A. L'identification à l'objet transgénérationnel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Paris, v. 10, p. 108-115, 1991.
- _____. *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Unimarco, 1998.

- FAINBERG, H. Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In KAËS, R.;FAINBERG, H., *et al* (Ed.). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. ISBN 85-7396-131-7.
- FESCINA, R. A situação da mortalidade materna e perinatal. In CORRÊA FILHO, L.;CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: Editora, 2002. p.48-62.
- FIGUEIREDO, B. Adolescência e Maternidade: Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes. *Revista Acta Pediátrica*, Lisboa, 2003.
- FRAIBERG, S.; ADELSON, E.; SHAPIRO, V. Ghosts in the nurse: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In FRAIBERG, S.;ADELSON, E., *et al* (Ed.). *Parent-Infant Psychodynamics: wild things, mirrors and ghosts*. London / Philadelphia, USA: Whurr Publishers, 2003. cap. 87-117,
- GIOVACHINI, P. L. *Táticas e técnicas psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GOLSE, B. *La transmission psychique dans le développement et dans la formation*. Conferência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro 2001.
- _____. *Regards croisés sur l'attachement - psychanalyse, psychologie du développement, ethologie*. Conferência. JANEIRO, S. B. D. P. D. R. D. Rio de Janeiro 2001.
- _____. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In CORRÊA FILHO, L.;CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.232-248.
- _____. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- GREEN, A. *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia e limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. *Narcisismo de vida, narcisismo morte*. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- GUEDENEY, A. *As terapias pais-bebê: é necessário um modelo?* Conferência na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. São Paulo: SBPSP 2001.
- _____. O apego e a resiliência: teoria, clínica e política social. In CORRÊA FILHO, L.;CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.503-511.
- 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 Journal*, v. 22, n. 5, p. 559-575, 2001.
- _____. Tradução e validação da Escala de Edimburgo para depressão materna pós-natal em populações parisienses. In CORRÊA FILHO, L.;CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002.
- GUEDENEY, N.; JEAMMET, P. Depressões pós-natais (DPN) e decisões de orientação terapêutica. In CORRÊA FILHO, L.;CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p. 249-261.
- HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In SOLIS-PONTON, L. e SILVA, M. C. P. (Ed.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.47-51.
- JUSTO, J. M. R. D. M.; BACELAR-NICOLAU, H.; DIAS, O. Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, v. 1, n. 1, p. 115-129, 1999.
- KAES, R. Transmissão da vida psíquica entre gerações. In KAES, R.;FAINBERG, H., *et al* (Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. ISBN 85-7396-131-7.
- KAËS, R. O sujeito da herança. In KAES, R.;FAINBERG, H., *et al* (Ed.). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.9-25.

- _____. Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In KAES, R.; FAINBERG, H., *et al* (Ed.). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.27-69.
- KHAN, M. M. R. Prefácio. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos Selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1958. ISBN 0102-7972.
- KREISLER, L. *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LEBOVICI, S. À propos des consultations thérapeutiques. Paris. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, v. 3, p. 135-152, 1986.
- _____. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 307
- _____. *L'arbre de vie: Éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Edition Erès, 1998.
- LEBOVICI, S.; GOLSE, B. Éléments de la psychopathologie du bébé. In CASANOVA, A. e SALADIN, M. (Ed.). *À l'aube de la vie, une collection multimédia*. Paris: Erès, 1999.
- LEBOVICI, S.; GUEDENEY, A. *Intervenções psicoterápicas Pais-Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. ISBN 8573075783.
- LEBOVICI, S.; SOLIS-PONTON, L. Diálogo Leticia Solis-Poton e Serge Lebovici. In SOLIS-PONTON, L. e SILVA, M. C. P. (Ed.). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.21-27.
- LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D.W.Winnicott. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, maio-ago 2008.
- MAIO DE BRUM, E. H.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.
- MAZET, P. H.; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MORO, M. R. Quando se cura a mãe, se cura toda a família. *Folha de São Paulo*. São Paulo 2007.
- OLIVEIRA, T. M. *O Psicanalista diante da morte*. São Paulo: Ed. Mackenzie, 2001. ISBN 8599924060.
- _____. Consulta terapêutica e intervenção precoce: contribuições da clínica psicanalítica na pós-modernidade. In OUTEIRAL, J. O.; HISADA, S., *et al* (Ed.). *Winnicott: Seminários Paulista*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.259-273. ISBN 85-7396-146-5.
- PICCININI, C.; FRIZZ, G. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.
- RODMAN, F. R. A insistência em ser ele próprio. In GIOVACHINI, P. L. (Ed.). *Táticas e técnicas psicanalíticas: D.W.Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.27-41. ISBN 8573070668.
- SAFRA, G. *Consultas e intervenções breves*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica 2003.
- SAPRIZA, S. O transgeracional e as identificações alientantes. In OUTEIRAL, J. O. (Ed.). *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p.392-403. ISBN 9788573099321.
- SILVA, M. C. P. *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. 2002. Tese de Doutorado (Doutor em Psicologia Clínica). Departamento de Pós-graduação em Psicologia, PUC-SP, São Paulo.
- SOIFER, R. *Psicodinamismo da família com crianças: terapia familiar com a técnica de jogo*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1982.
- SOLIS-PONTON, L. A Construção da Parentalidade. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.29-40.
- STERN, D. N. *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF, 1989.
- _____. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- SZEJER, M. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E., *et al* (Ed.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: LGE Editora, 2002. p.188-204.
- SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TANIS, B. *Memória e Temporalidade: sobre o infantil em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- WAISTEIN, A. L. Reflexiones sobre Psicossomática. *Espacio Winnicott. VIII Encuentro Latinoamericano*. Buenos Aires 1999.
- WENDLAND, J. A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, 2001.
- WILHEIM, J. O desenvolvimento psíquico do recém-nascido. *III Simpósio Brasileiro de observação da relação mãe-bebê*. Rio de Janeiro 1998.
- WINNICOTT, C. Sobre os elementos masculinos e femininos ex-cindidos. In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R., *et al* (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1966-1994. p.133-150. ISBN 85-7307-017-X.
- _____. Donald W. Winnicott: uma reflexão. In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R., *et al* (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989-1994. ISBN 85-7307-017-X.
- WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989-1994. ISBN 85-7307-017-X.
- WINNICOTT, D. W. A mãe separada do filho. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1939-1999. p.33-40. ISBN 8533621795.
- WINNICOTT, D. W. Crianças na guerra. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1940-1999. p.27-32. ISBN 8533621795.
- WINNICOTT, D. W. Consultas do departamento infantil. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1942-1993. p.165-185. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1945-1993. p. 269-286. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W. A criança evacuada. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1945-1999. p.41-46. ISBN 8533621795.
- WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1947-1993. p.341-354. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W. A observação de bebês em uma situação estabelecida. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1949-1993. p.139-164. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique soma. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1949-1993. p. 409-426. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W.. A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1950-1999. p. 195-213. ISBN 8533621795.
- WINNICOTT, D. W.. Objetos e fenômenos transacionais. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1951-1993. p.375-388. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W.. Psicose e cuidados maternos. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1952-1993. p.389-408. ISBN 0102-7972.
- WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting

psicanalítico. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1954-1993. p.459-482. ISBN 0102-7972.

WINNICOTT, D. W.. Variedades clínicas da transferência. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 2ª. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1955-1993. p.483-490. ISBN 0102-7972.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1956-1993. p.491-498.

WINNICOTT, D. W. Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O ambiente e os processos de maturação: estudos 136 sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1957-1990. p.101-105. ISBN 97-85-7307-456-7.

WINNICOTT, D. W. Análise da criança no período de latência. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1958-1990. p.101-105. ISBN 97-85-7307-456-7.

WINNICOTT, D. W.. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1960-1990. p.38-54. ISBN 97-85-7307-456-7.

_____. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1960-1993. p.21-28. ISBN 85-3362-144-2.

WINNICOTT, D. W. Nota sobre o relacionamento mãe-feto. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1960-1994. p. 127-128. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1962-1990. p.55-61. ISBN 97-85-7307-456-7.

WINNICOTT, D. W. Treinamento para psiquiatria de crianças. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1963-1990. p.175-183. ISBN 97-85-7307-456-7.

WINNICOTT, D. W. Medo do colapso. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1963-1994. p.70-76. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1965-1994. p.94-101. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas 1965-1994. p. 244-248. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1965-1994. p.94-101. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1967-1975. p.153-162. ISBN 85-312-0741-X.

WINNICOTT, D. W. . O conceito de indivíduo saudável. In WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1967-1996. p.17-30. ISBN 85-3362-178-7.

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1968-1994. p.170-177. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. Jogo do Rabisco. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1968-1994. p.230-243. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê da mutualidade. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R.,

et al (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1969-1994. p. 195-202. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W.. Sobre as bases para o self no corpo. In WINNICOTT, C.;SHEPHERD, R., *et al* (Ed.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1970-1994. p. 203-210. ISBN 85-7307-017-X.

WINNICOTT, D. W.. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971-1975. ISBN 85-312-0741-X.

WINNICOTT, D. W.. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1971-1984. ISBN 85-312-0739-8.

WINNICOTT, D. W. *The Piggie por D.W.Winnicott. Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago, 1977-1987. ISBN 85-312-0718-5.