

• **A realização da função materna em casos de adoecimento da criança¹**
Fulfilment of the maternal function
in cases of child illness

Elisa Motta Iungano²

Rosa Maria Tosta³

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Resumo: D. W. Winnicott defende que a mãe saudável geralmente é *suficientemente boa* para seu bebê. O estado de *preocupação materna primária* garante sua identificação com o filho, facilitando que ela possa compreender e atender as necessidades dele. O meio social pode auxiliar garantindo à genitora um entorno seguro e não a perturbando no exercício de seu papel. A hospitalização da criança gravemente enferma acarreta uma situação de vulnerabilidade e cuidados constantes, que precisam ser técnicos e científicos, e não intuitivos como os cuidados maternos. Com bebês nessas circunstâncias, os cuidados se confundem. A função materna não pode ser realizada como no contexto dito natural. A mãe perde o posto de autoridade principal sobre seu filho, podendo ser convertida ao papel de *cuidadora auxiliar*. Com esses propósitos, o presente trabalho se refere à intervenção de cinco duplas, mãe e bebê, hóspedes de uma casa de apoio por estar a criança muito doente. A metodologia utilizada compreende a escuta terapêutica e sessões de observação do relacionamento mãe e filho, fundamentadas no enfoque winnicottiano. Os resultados mostraram a importância do atendimento individual da dupla em uma situação atípica como esta. Os vínculos entre eles, quando compreendidos nessa peculiaridade, abrem caminhos para iniciar-se um processo de maternagem apropriada. Pesquisas são imprescindíveis para dar continuidade a esse campo considerado recém-aberto.

Palavras-chaves: Função materna, bebê doente, Winnicott.

Abstract: According to D. W. Winnicott's theory, the healthy mother is in general sufficiently good for her baby. Primary maternal preoccupation guarantees the identification with the infant, so she can understand and attend its needs. The social environment can help by providing to the mother a safe ambient and not disturbing her role. The need for infant hospitalization leads to a situation of vulnerability and constant care, which has to be technical and scientific, not intuitive like maternal care. With ill babies the kinds of care are inverted. The maternal function can not be done like in a context considered natural. The mother loses her part of principal authority for her child, being converted into an "auxiliary caregiver". The present study, with these propositions in mind, refers to an

¹ Pesquisa resultante do aprimoramento clínico institucional sob o título "Psicossomática do bebê e mãe" da Clínica Psicológica da PUC/SP.

² Psicóloga e psicoterapeuta. Aprimoramento clínico institucional em psicossomática infantil (enfoque winnicottiano) pela PUC/SP e na UTI Neonatal e maternidade pelo Hospital São Luiz. Contato: Rua André Dreyfus, 209, Sumaré - São Paulo, SP - CEP 01252-010. Tel.: (11) 8124-4693 / (11) 38727521. E-mail: e_iungano@hotmail.com

³ Professora Associada do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento – PUC. Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar. Contato: Rua Monte Alegre, 984-sala T53, Perdizes - São Paulo, SP - CEP 05014-901. Tel.: (11)3670-8320. E-mail: psicopuc@pucsp.br ou rosamariamt@terra.com.br

intervention of five mothers and their babies, guests of a support house for very ill children. The methodology used included therapeutic sessions and observation of the relation between mother and infant, based on a Winnicottian focus. The results showed the importance of an individual attendance to each mother-baby in such a non-typical situation. The links between them, when understood with these peculiarities, open new perspectives to initiate an appropriate maternity process. Researches are imperative to allow a continuous study in this recently open field.

Keywords: Maternal function, ill baby, Winnicott.

1. Introdução

Os psicólogos psicanalistas vêm estudando a função materna, seja esta exercida ou não pela mãe biológica. Na maior parte da literatura, esses estudos fazem referência a casos comuns, em que bebês e mães sãs podem-se conhecer e construir uma relação saudável. Os principais determinantes de como se dará tal construção dizem respeito às características psicológicas da genitora e da criança, suas relações familiares e amorosas; o seu histórico como mulher, filha, cuidadora; a cultura na qual está inserida, entre outros. São características da criança e, na medida em que esta se desenvolve, cada vez mais influencia ativamente no relacionamento.

Muitos dos preceitos estabelecidos pela Psicologia para estudar as primeiras relações mãe-bebê, no entanto, requerem uma adaptação quando existem outros fatores preponderantes que possam influir nesse vínculo. Um adoecimento grave do bebê é uma situação que impõe novos direcionamentos para a maternagem e exige novas adaptações, valores e costumes para as pessoas envolvidas.

Atualmente há muito investimento em diagnósticos e tratamentos sobre as patologias graves, o que conduz a grandes oportunidades e esperanças de cura. Como consequência, obtêm-se a possibilidade de convivência de longo prazo com doenças crônicas. Isso exige revisão de conceitos e normas estabelecidos e novas formas de adaptação. No caso de crianças doentes, principalmente, as situações familiares precisam ser refeitas, às vezes de forma definitiva.

Por esse motivo, é imperioso empreender o estudo psicológico de como acontecem as vivências de adoecimento na criança, quais são as formas de confronto possíveis para as famílias envolvidas e como se pode intervir com a finalidade de auxiliar nestes processos. Revisar conceitos estabelecidos, como os referentes às primeiras relações, e observar como podem acontecer em um contexto de risco e crise, contribuem para a atuação clínica e institucional, bem como para um estudo mais aprofundado e crítico da Psicologia do Desenvolvimento e Psicossomática da criança.

A relevância social da pesquisa se evidencia pelos potenciais benefícios que permitem o aprofundamento de teorias e intervenções voltadas a uma adaptação mais saudável à inevitável condição de doença e tratamento para pessoas envolvidas, ou seja, crianças doentes, seus familiares, equipe médica e de apoio. Assim, esta pesquisa foi motivada pela experiência clínica com essa população, que gerou o interesse pelas diferentes formas de confronto e de mobilização de recursos frente às condições adversas.

Neste trabalho é feita, inicialmente, uma explanação teórica, tendo como principal referência a obra do psicanalista D.W.Winnicott acerca da função materna. Em seguida são feitas considerações sobre como se dá a maternagem em casos de o bebê estar hospitalizado ou sofrer alguma doença grave que impossibilite receber os cuidados convencionais.

Após a apresentação teórica do trabalho, passa-se à parte empírica da pesquisa: grupo em estudo e modo do atendimento. São apresentados os resultados obtidos através da intervenção realizada com cinco duplas (mãe e bebê), seguidos de uma discussão com o objetivo de aprofundamento no tema. Por fim são expostas as considerações gerais do trabalho.

2. A função materna

Tradicionalmente a função materna é exercida principalmente pela mãe biológica, mas não necessariamente é ela quem a exerce. Em alguns casos, outras pessoas assumem o exercício desta função. Na verdade, aquela é, em geral, compartilhada pelos membros próximos da família e, eventualmente, pelos profissionais e funcionários de instituições. É fundamental, no entanto, que exista uma pessoa que seja a principal cuidadora do bebê, que represente uma referência constante e segura. Essa pessoa deve, além de ser responsável pelos cuidados básicos de saúde, higiene e alimentação do bebê, nele investir emocionalmente. Isso significa que deve haver vínculo afetivo entre ela e o bebê que cuida.

A mãe biológica encontra-se, de certa forma, em uma posição privilegiada para se adequar a essa função, de acordo com Winnicott (1987/2006 e 1956/2000). O autor descreve um estado peculiar, que denominou *estado de preocupação primária* (1956/2000), e que aconteceria no final da gestação, estendendo-se por algumas semanas após o parto. Nesta situação, a mãe espontaneamente dirige seu foco de atenção e investimentos afetivos para o bebê. De acordo com o autor, este estado poderia ser descrito como um quadro clínico de natureza psiquiátrica, caso não existisse o bebê como objeto de atenção prioritária. Esse investimento é um risco que a mãe corre, já que temporariamente coloca em suspenso parte significativa de sua existência – outras relações pessoais, assuntos profissionais, entre outros - para dedicar-se quase exclusivamente ao filho.

Caracteriza também esse estado uma espécie de regressão emocional da mãe à época de sua própria infância, quando era ela quem estava em posição de ser cuidada. Para Winnicott (1988/2006), a fase de dependência absoluta da mulher e a forma como sua própria mãe se adaptou e atendeu às suas necessidades são determinantes para a maternagem. Essa regressão permite a identificação da mãe com seu bebê, e assim ela se torna mais capacitada para compreender intuitivamente e satisfazer suas necessidades. De acordo com o autor, justamente por agir de forma natural e *instintiva*, a mãe não necessita ser ensinada a cumprir seu papel: “*Há coisas muito sutis que a mãe sabe por intuição e sem qualquer apreciação intelectual daquilo que está acontecendo, às quais ela só pode chegar se a deixarmos com toda responsabilidade neste campo específico*” (1987/2006, p. 55).

Grande parte das decisões a serem tomadas pelas mães se baseia não em conhecimentos aprendidos por livros ou profissionais, mas pela sua sabedoria intuitiva, aliada à experiência crescente com outros bebês e, sobretudo, com aquele que é o seu filho. De qualquer forma, é provável que os aprendizados que a mãe possa ter a partir de referências externas serão satisfatoriamente aplicados somente se ela alcançar um nível de identificação com o filho que a possibilite perceber suas necessidades e entrar em uma espécie de sintonia com ele.

Algumas semanas após o parto, esse estado de *preocupação materna primária* tende a regredir gradualmente. É necessário que isso ocorra, para que, tendo-se estabelecido um vínculo, possa haver um corte na relação fusional e o desenvolvimento individual tanto da mãe como do bebê prevendo-se que sigam o seu curso, independentemente. Segundo Winnicott (1956/2000), as mães precisam ser saudáveis tanto para entrar neste estado quanto para sair dele. Em geral, as genitoras não costumam recordar-se, posteriormente, desse período de sensibilidade intensificada, o que pode indicar que a memória relativa a ela seja de alguma forma reprimida.

É comum, no entanto, que algumas mães não consigam desprender-se de sua identidade habitual, e não alcancem o estado de *preocupação materna primária*. Frequentemente, a genitora que não pôde, por qualquer razão, entrar no estado de profunda identificação com o bebê, encontra dificuldades, ao longo do desenvolvimento da criança, para adequar-se às suas necessidades (Winnicott, 1956/2000). O contrário também pode acontecer, ou seja, a puérpera se *perder* neste estado, permanecendo nele por muito mais tempo após o parto, podendo chegar a casos patológicos. Em ambas as possibilidades, é válido afirmar que o bebê não teve maternagem *suficientemente boa*.

Ao se falar da função materna, faz-se referência, principalmente, a um período muito inicial de existência da criança. Nesse período, um fator fundamental a ser considerado é a total dependência física e psicológica do bebê. Sendo a dependência tão determinante, não se pode falar no bebê sem considerar o seu

ambiente. Daí a importância da maternagem *suficientemente boa*. Winnicott frisou a *necessidade vital que tem cada bebê de que alguém facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico, ou desenvolvimento psicossomático (...)* (1987/2006, p.7). Nota-se que o autor emprega o termo “suficiente”, o que denota não mãe perfeita ou idealizada, mas aquela que cumpre seu papel com eficiência, proporcionando ao bebê a oportunidade de desenvolver-se:

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a manifestar-se, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (1956/2000, p. 403).

Assim, o bebê estará capacitado para *começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida* (Winnicott, 1956/2000, p. 404). Uma condição para que esse tipo de desenvolvimento saudável aconteça é que o bebê possa desfrutar de um estado de continuidade, de estabilidade. Quando já conta com uma estrutura mais organizada, é capaz de resistir a falhas maternas e delas se recuperar. Nessa fase, tais prejuízos se constituem como frustrações, que são inclusive necessárias para que ele possa construir-se como um ser humano e mobilizar-se no sentido do que precisa. No entanto, no momento em que ainda forma, psiquicamente, uma unidade com sua mãe, tais falhas na adaptação, quando significativas, não podem ser reparadas e representam uma ameaça de aniquilação.

Em relação à função da mãe na adaptação às necessidades do seu bebê, Winnicott (1988/2006) assinala três “tarefas” principais: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos.

A função do *holding*, comumente traduzida como *segurar* ou *sustentar*, representa, para o autor, o protótipo de todos os cuidados com o bebê: *No início (...) é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos* (p.54). Diz respeito à segurança, o que é fundamental para que o bebê possa construir-se como pessoa, com recursos egóicos estruturados.

A função do *handling*, palavra traduzida como *manipulação*, ou *manejo*, corresponde ao cuidado corporal do bebê provido pelo cuidador principal, baseado em procedimentos como limpeza, alimentação, troca de fraldas, entre outros. De acordo com Tosta (2001), *um manejo suficientemente bom é aquele que atende às necessidades físicas do bebê, mas tratando-o como pessoa inteira* (p.30). Assim como o segurar e o manipular, quando é feito satisfatoriamente,

tende a facilitar os processos de maturação, ajudando a assentar as bases para para um desenvolvimento emocional saudável.

Na *apresentação de objetos*, terceiro aspecto que caracteriza a função materna, pode-se falar sobre o conceito da transicionalidade. A mãe, por encontrar-se nessa posição privilegiada de cuidadora em relação à criança, é a figura que em geral tem com esta maior identificação. Por outro lado, mantém contato com o mundo social, com o meio mais amplo do qual fazem parte ela e o bebê. Assim, cabe a ela, ou a quem se preste cumprir sua função, fazer a transição entre essas duas realidades: apresentar o mundo à criança, gradualmente e de maneira assimilável, e a criança ao mundo, protegendo-a na medida de suas necessidades.

A mãe *suficientemente boa*, que cumpre satisfatoriamente as funções acima descritas, permite ao bebê que ele usufrua de uma *continuidade de ser*, ou seja, que se perceba como um ser completo, único e, sobretudo, real. De acordo com Winnicott (1988/1990), o ego materno auxilia a organização do ego do bebê. Ainda que bastante imaturo, esse bebê conta com uma integração inicial, que o permite sentir-se como ser humano. A estabilidade concreta e afetiva proporciona oportunidade para que ele se desenvolva.

Winnicott (1988/1990) teorizou sobre os processos de maturação do ego, enfatizando que o desenvolvimento se dá partindo do mais simples para o mais complexo. Assim, a constituição inicial do ser humano é pré-requisito para as aquisições posteriores. E a participação constante e afetiva do cuidador tem papel fundamental nesse processo:

A existência psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária, de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele (p.10).

O autor defende que a mãe, quando é apoiada para que cumpra sua função, realiza espontaneamente a maternagem e é, em geral, *suficientemente boa* para seu bebê. Considerando-se que ela é saudável e tem, também, preenchidas suas necessidades básicas, o meio social pode auxiliar simplesmente garantindo-lhe um entorno seguro e não a perturbando no exercício de seu papel. Winnicott (1987/2006) chegou ao extremo de supor que muitos distúrbios de personalidade podem ter sido causados por algum profissional que, na intenção de auxiliar, interferiu em um processo natural da relação entre a mãe e seu bebê.

Assim como dentre as funções da mãe para com o bebê está a de proporcionar-lhe um ambiente estável e seguro, para que ele possa organizar-se e dar continuidade a seus processos psíquicos, é essencial, contudo, que isso seja feito em um ambiente afetivo, de investimento amoroso e

comprometimento. Da mesma forma, pode-se falar da necessidade da mesma segurança, do mesmo acolhimento para que a genitora possa se estruturar e exercer sua maternagem. Nesta fase da vida do bebê, funções muito primitivas e vitais estão sendo desenvolvidas. No período perinatal, a mãe, geralmente identificada com o bebê, tem necessidades muito semelhantes, precisando ser respeitada e, ao mesmo tempo, acolhida.

Muito tem sido falado e escrito sobre a necessidade de oferecer à mãe cuidados análogos aos necessários para o bebê. Em geral esse papel recai sobre os familiares e em especial sobre o pai do bebê. Esta rede social, que provê um ambiente facilitador para que a mãe se sinta segura, possibilita que ela possa entrar no estado de *preocupação materna primária* e se responsabilize adequadamente pelos cuidados com a criança. Weil-Halpern (2002) fala sobre essa necessidade especificamente em casos de grave adoecimento neonatal:

Assim, se as condições de acolhimento da mãe e de seu bebê são favoráveis, não somente elas atenuam como também catalisam os efeitos de uma situação catastrófica, permitindo à mãe ser mãe de seu filho e ao filho exercer sobre a mãe os estrangimentos habituais (p.34).

3. A mãe e seu papel frente ao adoecimento e à hospitalização do filho

A necessidade de hospitalização traz uma situação de vulnerabilidade, de cuidados constantes. Estes últimos precisam ser técnicos, baseados em procedimentos científicos, e não intuitivos e afetivos, como costumam ser os cuidados maternos. Em casos de crianças muito pequenas, sobretudo, bebê e altamente dependentes de situações de risco, os cuidados se confundem. A função materna não pode ser realizada como seria em um contexto natural. Em vez disso, há uma série de outros cuidados, que não têm como base os sentimentos ou a relação interpessoal. Acima de tudo, a disciplina deve ser rígida e precisa, e os riscos envolvidos são muito sérios. Não é fácil ter segurança, dada a imprevisibilidade de tal situação.

Quando as duas proposições acima são justapostas, ou seja, quando a relação entre a mãe e seu bebê é permeada, desde os primeiros tempos, por essa condição de fragilidade, cria-se uma contradição. Não é possível manter a mesma estabilidade segura e amorosa do seio materno em uma condição de risco iminente. A mãe, que em casos comuns deveria ser respeitada em suas decisões, perde poder para a palavra médica, que se torna principal detentora do saber. Em vez de ser a pessoa que melhor conhece e a principal responsável por seu filho, ela pode sentir-se relegada a um papel de “cuidadora auxiliar”, alguém que vai acompanhar a criança e garantir que os procedimentos estipulados por outrem sejam cumpridos. Em muitos casos, não é possível ser a provedora dos cuidados mais básicos, como alimentação e higiene do filho.

A esta situação, soma-se o estado emocional da mãe, possivelmente fragilizado devido à condição de risco de vida da criança e às transformações com as quais ela própria esteja se confrontando. A maternidade é reconhecida tradicionalmente como um dos períodos de maior crise na vida da mulher. Gera, frequentemente, um conflito de identidade, a necessidade de readaptação a novos papéis e renúncia de antigas posições. O nascimento de um filho saudável, conforme o esperado pela família, em geral vem para *recompensar* a mãe, que pode voltar-se a ele, com a sensação de *completude* trazida pelo estado de *preocupação primária*. Caso diferente acontece quando este bebê chega com algum tipo de *imperfeição*. A mãe, ferida narcisicamente, aparece identificada como alguém que dá à luz um bebê *faltante*, que está doente ou corre riscos. Em vez de apresentar ao mundo uma criação perfeita, um fruto que a enriquecerá em sua imagem, tanto a que mostra para o mundo quanto a sua auto-imagem, precisa lidar com a *incompletude*. A dinâmica iniciada a partir deste ponto depende das características anteriores da mãe, sobretudo de sua estrutura psíquica e dos elementos que nela influem.

De qualquer forma, uma grande perda se impõe, e o luto pelo filho idealizado torna-se mais difícil do que a ocasião em que o bebê tenha nascido sadio. Esse luto, que em maior ou menor grau ocorre a cada nascimento real, torna-se complexo e, por vezes, quase impossível no caso de mães que terão que lidar, por um longo período, possivelmente toda a sua vida ou a da criança com um filho doente, necessitando constantemente de cuidados. Estes que não são da qualidade dos que a mãe se preparou para prover. Ao contrário, ela precisa se desfazer de seus conhecimentos e reconhecer a relativa inutilidade de sua experiência frente à necessidade infinita daquela criança. Os cuidados precisam ser reaprendidos e sempre supervisionados por um outro, por uma autoridade externa à familiar.

O saber médico ou de um outro profissional da saúde e, frequentemente, a instituição que o representa, assumem o papel de terceiro, ou seja, um dos papéis da função paterna, que vem para separar a mãe do bebê, impedindo-a de fundir-se a ele. Em outras vezes, essas mesmas instituições passam a desempenhar, de certa forma, uma função análoga à materna, substituindo-a. Não é possível atribuir responsabilidade pelos malefícios da separação a nenhuma das partes envolvidas, já que, ao menos explicitamente, todos se empenham em favor da criança que sofre. No entanto, para a mãe, *despotencializada*, o saber desses cuidados alternativos podem-se constituir simbolicamente como provas de sua incompetência. Em sua fantasia, ela aparece como a produtora de uma criança doente, a detentora da doença e da destruição. A instituição, por sua vez, pode significar a *salvadora*, aquela que, apesar de toda a *maldade* da mãe, vai intervir junto à criança, devolvendo-lhe a esperança de vida.

Deve-se considerar também a ambivalência intrínseca à maternidade, que faz com que cada mãe nutra ao mesmo tempo sentimentos de amor e ódio a seus filhos, tenha o desejo genuíno de proteção e criação, mas também de destruição. Tal ambivalência existe, mais ou menos consciente, em toda mãe, mas ela pode ser suportada se mantida em um nível de segurança. No entanto, quando a criança nasce portadora de alguma deficiência ou doença, pode ser sentida como a concretização das piores fantasias maternas, como a prova viva de sua negatividade e destrutividade. Como se trata de um conteúdo quase sempre inconsciente, ele dificilmente pode ser posto em palavras ou encontrar sua expressão. No entanto, sentimentos como a culpa, vergonha e medo podem tomar lugar. Mais uma vez, a mãe aqui aparece *despotencializada*, e pode-se sentir obrigada a dar lugar ao outro, àquele que *entende* de seu filho e que não tenha tanto potencial destruidor.

No início da vida, quando o ego ainda não é capaz de organizar defesas, o fator de dependência absoluta pode possibilitar desestruturas psíquicas caso ocorram falhas ambientais. Sendo assim, é fundamental ter em vista que o ambiente pode ocasionar condições favoráveis de preservação da saúde emocional da criança apoiadas na segurança oferecida pela mãe, mesmo frente às ocorrências desfavoráveis temporárias como no adoecimento e hospitalização.

Como questiona Mathelin (1999):

Como a mãe pode viver essa preocupação materna primária que de hábito se instala naturalmente quando o filho se acha numa unidade de tratamento intensivo? O que acontecerá com o holding para o bebê? A substituição pela equipe basta? (p.43).

Ampliando esta questão, como é possível que seja exercida a maternidade ou, ainda, a *parentalidade* em meio a toda essa complexidade? Quais são os paradigmas que podem orientar mães e pais que se veem nessa situação? Em casos de longa duração, que tipo de relação se estabelece entre esses pais e filhos? Como a fragilidade da criança pode influenciar no tipo de criação que ela vai receber da família? Essas são questões que requerem não uma resposta imediata e padronizada, mas uma reflexão que acompanhe o progresso de cada caso de famílias que vivenciem situações como as descritas. No entanto, a experiência com algumas mães pode dar indicativos de fatores comuns e que devem ser observados.

4. Método

As duplas, objetos de estudo, são oriundas de famílias de baixa renda, encaminhadas pelo serviço de saúde pública de suas cidades de origem para São Paulo, onde têm acesso ao tratamento mais apropriado em hospitais. Assim, essas crianças e suas acompanhantes são hospedadas, por longos períodos de tempo, em casa de apoio. As mães são responsáveis pelos cuidados relativos

aos seus filhos, mas, como hóspedes, seguem regras de convivência determinadas pela instituição, tais como horários para refeições e banhos, além da participação em tarefas domésticas. São incumbidas também da administração das medicações das crianças. Resta-lhes pouco tempo livre para si, já que devem estar sempre com os filhos.

Todas as crianças atendidas apresentam patologias hepáticas. Algumas aguardam transplante de fígado, enquanto outras se recuperam da cirurgia, aguardando seu restabelecimento para retornarem aos seus lares. O doador do órgão, em geral, é um parente da criança, como o pai ou a mãe. Cabe explicar que o transplante é um recurso que se apresenta não como uma solução para a doença, mas como um paliativo. Após a cirurgia, deve ser feito um acompanhamento rigoroso da imunidade da criança e diversos retornos ao hospital – e, conseqüentemente, à casa de apoio, na maioria das vezes. O risco de morte continua sempre existindo, ameaçando as famílias e impondo adaptações, por vezes, definitivas em suas vidas. Sendo assim, torna-se importante trabalhar com os papéis e funções que se estabelecem nas relações familiares, tendo, como contexto, o risco e a necessidade constante de cuidados.

As duplas atendidas foram encaminhadas para acompanhamento terapêutico pela psicóloga responsável pela instituição. Os pais aceitaram e concordaram com as intervenções realizadas, conforme os preceitos éticos aplicáveis. A instituição gentilmente concordou em fornecer dados e informações pertinentes à proposta, sendo mantido o anonimato e a privacidade de seus hóspedes, dos profissionais e também da sua própria entidade.

Para o presente trabalho, foram considerados os atendimentos de cinco pares de mães e bebês de quatro meses a dois anos. Nesses atendimentos, que foram realizados na própria instituição, a psicóloga pesquisadora interagia com as mães e os filhos, através de conversas, jogos, brincadeiras e atividades corporais, além de observar a relação entre aqueles.

A proposta dos atendimentos não era a mesma de uma psicoterapia convencional, mas a de atendimentos terapêuticos que pudessem, em um número reduzido de sessões, mobilizar conteúdos, promover maior conscientização e tornar mais fluida a relação entre mães e seus bebês. O principal motivo para a escolha deste modelo de intervenção é o fato de a rotina dos pacientes hospedados na casa de apoio ser inconstante – fazem visitas quase diárias aos hospitais, muitas vezes não estão disponíveis para atendimento por algum motivo e, eventualmente, passam algum tempo em suas cidades de origem. Sendo assim, a estratégia clínica utilizada foi promover encontros que, individualmente, pudessem ter algum efeito terapêutico e que se pudessem encerrar em si mesmos, caso não fosse possível dar continuidade aos atendimentos.

Cada dupla foi atendida em média de quatro vezes, conforme o quadro demonstrativo a seguir:

Relação de atendimentos realizados

Dupla	Idade do bebê	Quantidade de atendimentos
Bebê: L.R. Mãe: S.N.	1 ano	5
Bebê: K. Mãe: E.	2 anos	5
Bebê: B. Mãe: R.	4 meses	3
Bebê: T. Mãe: I.	5 meses	7
Bebê: N. Mãe: S.	1 ano	3
Total		23

Tendo como embasamento teórico a abordagem psicanalítica winnicottiana e, considerando os fatores psicossomáticos envolvidos, o objetivo desta proposta foi realizar atendimento às duplas que pudessem facilitar a elaboração da situação vivida e a construção de uma forma saudável de confronto, baseado nos recursos apresentados pelos participantes. A postura de escuta empática à mãe e a observação atenta e sensível dos padrões de relacionamento possibilitaram a apreensão da dinâmica estabelecida, bem como a comunicação sobre estas percepções. Os contatos com o bebê também foram considerados como fundamentais, já que seus gestos, comportamentos, reações e interação com a mãe são de inestimável importância para a compreensão da relação estabelecida.

De acordo com o embasamento teórico adotado, observar diretamente a relação entre mães e filhos é enriquecedor e permite fazer interpretações e intervenções muito expressivas. Os momentos dos atendimentos também foram muito férteis por proporcionar um convívio mais próximo, embora livre e não permeado por procedimentos médicos ou tarefas domésticas, o que nem sempre era possível no dia-a-dia das duplas.

5. Resultados e discussão

A partir de trechos de alguns dos casos acompanhados, são apresentadas algumas das possibilidades de convivência das duplas mães e bebês, estes com a problemática descrita. A experiência clínica favorece a reflexão à luz do conhecimento sobre as teorias que de alguma forma buscam também entender

os delicados processos que caracterizam a entrada de um novo ser no mundo. Não é possível definir com clareza quais fatores contribuem para a maneira de vivenciar a realidade de uma mãe hospedada em casa de apoio. Muitos estão presentes, em maior ou menor proporção, como as relações familiares, relação especial com a criança doente, características pessoais, tratamento médico-hospitalar recebido na cidade de origem, cultura, grau de instrução, entre outros.

Durante os atendimentos, observou-se que o tema dos cuidados maternos frequentemente vinha à tona. Vivendo em situações semelhantes, que têm em comum as especificidades anteriormente citadas, as mães lamentavam-se bastante e buscavam formas de confronto possíveis. Algumas, como R. (3º. caso da tabela), I. (4º. caso da tabela) e E. (2º. caso da tabela) frequentemente se referiam negativamente às regras da casa de apoio, considerando-as infundadas e excessivamente rígidas. Relatavam sentir-se desautorizadas como mães em funções aparentemente simples dos cuidados com as crianças, como alimentação e horários de banho e sono. Procuravam, de alguma forma, manter sua individualidade e subjetividade, que sentiam ameaçadas pelas circunstâncias que lhes eram impostas. Em todos os casos, a distância de suas casas, dos familiares e do lugar de origem, apareciam como um fator que acrescentava dificuldade. Descreviam-se, frequentemente, como exiladas de seus universos, perdidas de suas referências. A convivência com diferentes pessoas, de diferentes regiões e culturas; a submissão a regras de convivência às vezes vistas como muito rígidas; a obrigatoriedade dos cuidados integrais com a criança; as poucas oportunidades de descanso ou dedicação a outros interesses foram componentes comumente descritos como fardos. Foram necessários seguidos esforços de adaptação a uma vida que considera pouco suas escolhas pessoais.

Em um dos casos observados, R. (3º. caso da tabela), a mãe de um bebê de quatro meses, encontrou como defesa o isolamento. Costumava ficar sozinha com a filha, no quarto, interagindo pouco com as demais mães. Muito fragilizada, reagia com dificuldade às condições que precisava enfrentar. Com frequência se queixava das regras impostas pela instituição, muitas vezes comparando com sua rotina doméstica. A perda do *status* de dona de casa provocou, como é comum, uma desorganização que certamente teria influência sobre as relações com a criança. Assim como Winnicott (1987/2006) incansavelmente afirmava que um bebê não é somente um bebê, mas que seu ambiente deve ser considerado, o mesmo pode ser dito, talvez em menor proporção, sobre cada um dos indivíduos inseridos em um contexto social específico. Em casos como este, a mulher em questão só conhecia sua existência dentro dos padrões usuais: era mãe, esposa e dona de casa há muitos anos. Não havia tido tempo – real ou relativo – para administrar todas as transformações de identidade necessárias para adaptar-se, como um ser completo, a um ambiente já estabelecido, no qual

pouco poderia intervir. Assim, a súbita hospedagem na casa de apoio precipitou uma profunda confusão existencial. A mãe, procurando resguardar algo de seu antigo universo, fechou-se com a filha, restringindo o contato com o novo. Ainda não havia processado o conjunto de perdas pelas quais passou, e essa negação e busca de suas confortáveis referências provavelmente dizia respeito à primeira fase do luto.

Em oportunidades como esta, quando se pôde acompanhar o início do tratamento, era perceptível que algumas mães encontravam dificuldade em aceitar a imprevisibilidade do tempo de permanência na casa de apoio. Frequentemente esperavam que esta fosse mais curta do que costuma ser de fato. Com isso, inicialmente faziam pouco investimento nessa nova realidade, seja pela restrita interação com as outras mães, pela falta de envolvimento nas tarefas e interesses coletivos da casa ou através de um discurso no qual se podia notar o desconhecimento ou negação da dimensão do desafio que as aguardava. A mãe I. (4º. caso da tabela), por exemplo, chegou à casa de apoio extremamente otimista, acreditando que sua permanência seria muito breve. No entanto, uma série de intercorrências adiou a data da cirurgia do filho dela e, posteriormente, da alta hospitalar. O estado emocional da mãe – e o mesmo se pode dizer sobre o do bebê - foi piorando conforme suas expectativas foram sendo repetidamente frustradas. Essa situação é comum nas famílias que não são preparadas ou sequer informadas sobre a progressão usual do tratamento. Por outro lado, nem sempre elas, em meio a tantas notícias e perspectivas pouco tranquilizadoras, conseguem apreender a dimensão e sua nova realidade, encontrando uma forma de se abrigar em uma expectativa demasiadamente otimista ou até ilusória.

Esse modo de vida podia ter significado de diferentes formas para cada uma das mães. Apesar de, na maior parte das vezes, restarem pouco das boas alternativas além do tratamento nos hospitais de São Paulo, o fato de fazer essa mudança tinha valoração diferente para cada caso. Aquelas que tinham tomado decisão, relativamente consciente, sentiam-se divididas e por vezes culpadas por ter feito essa escolha e, assim, deixar de se dedicar a suas responsabilidades e afazeres habituais, o que inclui outros filhos, marido e trabalho. Ainda assim, essa pareceu ser, nos casos observados, uma forma de confronto que atribuía mais sentido aos esforços feitos. No caso de S.N. (1º. caso da tabela), por exemplo, os filhos que ela havia deixado em casa constituíam grande motivação para ela querer voltar logo a seu domicílio. Algumas vezes se entristecia por precisar se dedicar apenas a um deles. Por outro lado, o fato de saber que estavam bem cuidados por seu marido a tranquilizava. Sobretudo, o sonho de ter novamente a família reunida parecia redobrar sua resistência às adversidades da condição. A experiência então poder-se-ia constituir como um desafio

superável. Por outro lado, nos casos em que essa mudança era descrita como imposição e como uma única alternativa, a adaptação parecia ser mais difícil e a situação constituía para ela um obstáculo grande demais para ser vencido.

Esse tipo de sentimento poderia estar relacionado também ao nascimento do filho internado, que pode ter vindo a partir de um planejamento ou ter sido parcial ou totalmente imprevisto – e ser bem aceito ou não. Nestes casos, mais ainda, poderia parecer com uma sensação de *injustiça* ou de pouco domínio sobre a própria vida. Um caso ilustrativo foi o da mãe E. (2º. caso da tabela), de uma criança de dois anos, que procurava de qualquer forma escapar-se daquela situação. Em sua vida, muitos dos acontecimentos importantes pareciam ter ocorrido sem que ela pudesse usar de seu livre arbítrio e decidir pelo melhor para si. Em um momento de crise, como aquele, o peso de uma vida vivida desse modo incidia com mais força. Seu movimento era de fuga, de escape. Não encontrava sentido na vivência daquela situação, portanto não se sentia capaz de sustentá-la, nem ao menos de ser uma mãe suficiente para as necessidades de sua filha.

Foi interessante observar como tais questões se apresentavam, direta ou indiretamente, nas relações com as crianças e nas imagens destas para as mães. Nos casos estudados, as crianças começaram a dar sinais de adoecimento pouco tempo após o nascimento. Uma das implicações disto é a associação da identidade da criança com a doença. Em alguns casos, o bebê não chega a experienciar um período de saúde – sua vida, desde o nascimento, é pautada pela interferência médico-hospitalar. Eram comuns frases como a de R. (3º. caso da tabela): *Nem tivemos tempo de curtir a bebê, ela logo ficou doente*. Algumas mães davam depoimentos comoventes de como pensavam conhecer o filho, mas na verdade conheciam mais sua doença, ou melhor, a reação da criança ao adoecimento. Outra mãe, I. (4º. caso da tabela), após a cirurgia de seu filho, surpreendeu-se ao conhecer a cor de sua pele, já que desde o nascimento apenas havia visto a cor amarelada, típica das afecções hepáticas. Não se pode falar em cura nos casos estudados, mas sua saúde relativa exige uma nova adaptação e construção de sua imagem.

No discurso de algumas mães, como a S.N. (1º. caso da tabela), o filho aparece como uma *bênção*, algo como um anjo que nasceu com alguma missão. Veem seu percurso e seus aprendizados como enriquecedores e se reconhecem como cumpridoras de uma nobre função. Essa atribuição parece ser central na possibilidade de confronto à situação. O significado do que elas vivem parece ser norteador do seu comportamento, o que também pode ser protetor nos momentos de maior fragilidade ou desamparo emocional. O risco, nesses casos, é ver o bebê transformado em uma espécie de *mártir* ou *santo em vida*, imagem que deixa pouco espaço para que ele possa desenvolver-se a partir de si mesmo,

para que se construa, naquela criança, uma subjetividade mais próxima do que Winnicott define como verdadeiro *Self*. Lembrando suas palavras (1979/1983), o verdadeiro self *podia ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e um esquema corporal pessoal* (p.46).

Nos casos observados, a relação com a criança era preservada quando vista como positiva pela mãe. Sobretudo, quando esta compreendia que seu filho, apesar da doença, era bom, tendia a sentir-se melhor consigo mesma e a assumir o papel de mãe e cuidadora com mais facilidade. Nestes casos, entretanto, parecia ser difícil lidar com a transferência de autoridade para a equipe de saúde. Uma genitora que se apropria do tratamento e cuidados de seu filho, de fato, tem mais condições de conhecê-lo melhor e até de colaborar com o tratamento. No entanto, essa participação pode reduzir a resistência a falhas, inevitáveis nos tratamentos de longa duração. A confiança, nem sempre presente na equipe de saúde, faz muita diferença neste ponto. Diversas mães falaram, com tristeza e raiva, dos profissionais que, de alguma forma, erravam com relação a seus filhos. Frequentemente sentiam-se tolhidas por não poder assumir o papel de outros, quando acreditavam que podiam desempenhá-lo melhor. O sentimento é de dor advinda de uma ferida profunda quando confiam seus filhos, que naquele momento, centralizava seus interesses a alguém que não correspondia ao previsto por ela, com base nos casos acompanhados, pode-se supor que mães mais inseguras em relação ao seu papel ou ao seu desempenho tendam a delegar com mais facilidade o cuidado a alguém que, ao seu entender, sabia mais.

No extremo oposto, os bebês eram considerados *anjos*, em outros casos a criança aparecia como um fardo. O luto do filho ideal parecia ser mais difícil e, conseqüentemente, a criança real, doente e demandante de mais cuidados, atenção e tempo, tinha menos espaço. Em um dos casos estudados, a mãe, sob forte desgaste emocional, não se sentia capacitada para cuidar de sua filha, e a responsabilidade precisou ser transferida provisoriamente a outro membro da família. Este é um caso em que não foi possível, para a mãe, até devido a seu histórico familiar, encontrar alguma compreensão para a situação. Como forma de defesa, precisou encontrar um outro motivo pelo qual viver e, assim, acabou por desinvestir sua motivação para cuidar de sua filha e da relação entre as duas. Nestas circunstâncias, não foi fácil realizar um acompanhamento psicológico, pois a mãe fechava-se em uma cadeia de culpabilização e vitimização, com um discurso muito defendido e difícil de ser desconstruído. Provavelmente é uma intervenção que precisa ser feita em conjunto com a família e/ou com a equipe de apoio.

Além da imagem e valoração da criança, também estava em questão a própria auto-imagem e o valor relativo da mãe. Na medida em que os filhos melhoravam, poder-se-ia ver como era mais competente e eficiente o papel dela. Era visível a vinculação que existia entre o estado da criança e a condição emocional da mãe – o mesmo vale para quando as crianças apresentavam alguma piora. Em especial nos casos em que se podia supor alguma falha ou inabilidade nos cuidados pelos quais a mãe era responsável, isso tinha um efeito que chegava a ser ameaçador. O olhar dos outros sobre a mãe e sua função apareceu, em diversos casos, como um fator importante para que ela, possivelmente insegura, pudesse acalmar-se, posicionar-se e até se recolocar no papel de uma *boa mãe*. Parecia ser essencial, em alguns casos, o respaldo do entorno social. O caso de S.N. (1º. caso da tabela) ilustra essa consideração: mais de uma vez a genitora mencionou a pouca esperança que sua rede social tinha no tratamento de seu filho. Para ela, retornar à sua cidade com o filho curado tinha também um sentido de vitória, que a devolveria para um papel de certo valor e prestígio. Ou seja, a saúde de seu filho, com o qual estava tão identificada e apegada, a repotencializaria narcisicamente.

As reações da criança à interação com a mãe também tinham caráter decisivo: aquelas que de alguma forma demonstravam aproveitar e beneficiar-se da maternagem positiva, encontravam em suas mães respostas de cuidado saudável e constante. Ver a melhora ou mesmo a estabilização da saúde do filho as devolvia para um lugar seguro, ao passo que o agravamento dos sintomas trazia sentimentos de insegurança e desorganização. Isso foi relatado pela mãe R. (3º. caso da tabela) Sua filha não tinha um diagnóstico fechado e os tratamentos não surtiam os efeitos desejados. Era possível perceber que a genitora se sentia perdida e sem rumo quando não obtinha resultados positivos nos exames e nem conseguia enxergá-los na filha; não tinha referências para orientar sua dedicação. Assim, seus cuidados intuitivos acabavam por tornarem-se inseguros, baseados em um amor que não deixava de ser verdadeiro, mas não tinha a segurança e estabilidade necessárias para a organização emocional de um bebê.

A família, em todos os casos, era uma variável que definia as possibilidades de viver ativamente a situação. Nos casos em que havia o apoio da família e que a mãe podia contar com alguém que a ajudasse a carregar o peso das circunstâncias, além de valorizar e incentivar seus esforços, o enfrentamento era mais fácil. Um dos casos acompanhados era de uma mãe que, além do bebê em tratamento, tinha mais três outros filhos na cidade onde vivia. O bom relacionamento que possuía com sua família, que cuidava deles, facilitava que ela pudesse tranquilizar-se, culpar-se menos e conseqüentemente dedicar-se mais satisfatoriamente ao bebê que estava com ela. Além disso, sabia que contava com o respaldo de alguém que compreendia seus atos como um

sacrifício possível e necessário. Em alguns casos, entretanto, a postura carinhosa e compassiva da família poder-se-ia parecer com algo próximo à piedade, o que facilitava a *autovitimização* da mãe, que assim, em vez de amparada e mais potente, ver-se-ia como detentora de menos recursos para agir como lhe era exigido.

Vivendo em uma comunidade de pessoas passando por situação semelhante, as mães tinham contato intenso com outras histórias, outras experiências. Casos de outras crianças eram frequentemente mencionados nos atendimentos. Muitas vezes, como exemplos positivos, de empenho e superação, fonte de respeito e admiração. Outras vezes, como contos tristes, que representavam seus maiores medos, e que provocavam sentimentos como medo, raiva, compaixão, pena etc. A percepção de que existem outras pessoas vivendo uma problemática parecida com a sua parecia devolver algumas das mães, que se sentiam únicas e desamparadas, a um lugar conhecido no mundo. Abria também a possibilidade de elas serem vistas e compreendidas como elementos integrantes de um setor da sociedade, e não como casos raros e excluídos. A relação entre essas mães, o compartilhar de seu sofrimento e angústia têm verdadeiro poder terapêutico, que deve ser valorizado como um recurso a mais de acolhimento e possibilidade de mudanças.

A religião foi também frequentemente mencionada como fonte de forças e de sentido para os desafios dessa nova vida. A maioria das mães parecia sentir-se mais aliviada ao atribuir à vontade de Deus seus destinos. Isso também parecia ajudá-las a não tomar para si a responsabilidade por ter gerado um filho doente – a auto-imagem ficava, portanto, um pouco mais preservada, já que se viam não como pessoas *faltantes*, mas como seres humanos sujeitos a uma ordem maior que a sua. De certa forma, isso também auxiliava a criar um conceito de união entre a comunidade de mães em situação semelhante. A mãe S. (5º caso da tabela), por exemplo, mantinha contato com a instituição religiosa à qual pertencia, e que em muitos momentos foi possível perceber que atuava como norteadora de seus princípios e decisões. Por outro lado, a relação com a religiosidade pode ficar abalada com a doença da criança. A E. (2º. caso da tabela), por exemplo, tinha dificuldade em procurar apoio espiritual por se sentir abandonada pelo que aconteceu à sua filha. Na maioria dos casos, no entanto, os valores religiosos estavam tão intrinsecamente relacionados aos valores pessoais que definiam não apenas seu modo de vivenciar aquela situação em particular, mas a vida como um todo. Em ocasiões de crise, era comum recorrer a entidades religiosas. Isso pode promover um contato maior com a espiritualidade, o que certamente ajuda a manter o indivíduo mais centrado e fortalecido.

A maior parte das mães atendidas pôde fazer uma avaliação das transformações sofridas com a doença e com a luta pela cura do filho. A partir desses relatos nota-se que elas puderam atribuir um significado retroativo ao sofrimento vivido desde o nascimento do bebê. A compreensão do caminho a ser percorrido e a percepção de algum sentido neste permitiam que a conjuntura formada de adoecimento, internação e hospedagem em casa de apoio encontrasse espaço dentro da trajetória de vida de cada mãe. A valorização positiva da contínua superação de desafios, portanto, facilitava que elas mantivessem conceitos *suficientemente bons* de si mesmas como mães. Mais do que apenas fazer com que elas se enxerguem desta maneira, a reflexão realmente as potencializa a serem de fato mães mais apropriadas de seus papéis, mais genuinamente amorosas e dedicadas a seus filhos, mais preparadas para promoverem o desenvolvimento de crianças, mais seguras e bem amparadas.

6. Considerações finais

A transformação de cada mulher em mãe é um acontecimento crítico, que requer grande esforço psíquico para, após um período de caos, retornar ao equilíbrio, com uma identidade diferente, possivelmente mais fortalecida e enriquecida. Em geral a mãe conta com uma série de fatores protetores, que a auxiliam a se reconhecer *como boa* em seu novo papel e que a amparam nas novas e desconhecidas dificuldades, até que ela esteja preparada para a tarefa e apropriada dessa identidade. O apoio da rede social é um desses fatores, assim como o olhar do outro. O principal fator, provavelmente, está na devolutiva fornecida pelo próprio bebê e pela relação estabelecida com ele. Muito se fala sobre a importância do vínculo mãe-bebê, mas é essencial pensar nas condições para que ele se dê satisfatoriamente.

Condições adversas como a doença ou mesmo o risco de vida do bebê não impossibilitam que esse vínculo possa se formar, mas agregam novas condições. Mais do que características da doença em si ou de sua gravidade, outros elementos devem ser considerados. A partir da experiência clínica com essa população puderam ser esboçadas algumas considerações sobre quais são os fatores facilitadores ou complicadores para a convivência com essa condição.

A variável que apareceu como mais determinante para um bom confronto da situação foi a de atribuir sentido àquela experiência. Cada mãe, à sua maneira, procurou, em seus próprios valores e referências, algo que pudesse norteá-las nesse novo desafio. Algumas contaram com a ajuda da família, da religião, dos amigos e/ou da própria comunidade da casa de apoio. Certamente esses foram pontos nos quais elas puderam se apoiar. No entanto, estes recursos, embora fossem mais fortalecidos no período de conflito, previa-se que já estivessem

presentes em potencial. As mães que já se encontravam mais estruturadas e organizadas psicologicamente podiam manter-se assim ou retornar mais facilmente a este estado do que aquelas que se encontravam fragilizadas emocionalmente. O modo como se viam e se descreviam frequentemente assemelhava a essa estrutura. As condições necessárias para que elas pudessem reconhecer-se como pessoas fortes e capazes variavam muito, até para a mesma pessoa, em diferentes momentos. De qualquer forma, o fato de buscar e alcançar algum tipo de entendimento daquela situação, tanto da parte clínica e da doença em si, como da experiência global pela qual a família estava passando parecia trazer mais consciência às mães. Assim elas se apropriavam mais facilmente de suas próprias vidas e, na prática, verificava-se que elas pareciam encontrar mais forças para lidar com os imprevistos e com as dificuldades inerentes ao tratamento da criança.

Muito do trabalho clínico realizado baseou-se em oferecer suporte para que elas pudessem se dar conta e mobilizar seus recursos para perceberem que afinal conseguiam lidar com suas dificuldades. Assim, além de investir na sua auto-imagem, também as capacitava para estarem mais disponíveis para seus bebês. Muitas vezes, liberando-se da carga de culpa, a mãe podia também ter uma visão mais positiva do filho, trazendo benefícios para a relação. Também foi importante prover um espaço de acolhimento para angústias, dúvidas, tristezas e também reflexões, aprendizados e alegrias. Mais do que ouvir ou se fazer presente, prestar atenção, procurar compreender e valorizar sua subjetividade, em meio a um contexto em que outros atributos são constantemente requisitados, parece ter sido importante para algumas das mães atendidas.

De fato, o adoecimento, a extrema manipulação do bebê e o compartilhar dos cuidados com profissionais provocam desencontros entre mãe e bebê. A tão valorizada identificação da mãe com seu filho, que a permitia conhecê-lo, prever e atender suas necessidades, ficava prejudicada. Esta é uma falta imposta pelo ambiente, portanto inevitável, e que todo o amor não podia reparar. Uma vez compreendidas as necessidades do bebê nessas condições especiais e superado o luto por essa perda, pôde-se dar início a um novo processo de constituição da função materna e das bases do relacionamento entre mãe e filho. Esse processo diz respeito à construção de maternidade apropriada. Não associada a uma imagem de mãe padronizada, idealizada, mas de mãe real, adequada na medida das características daquele bebê em particular e, possivelmente, *suficientemente boa*.

Ainda é preciso realizar mais pesquisas sobre como se dá a função materna em contextos diferentes dos ideais para um bebê. Trabalhos clínicos realizados com bebês, suas mães ou mesmo crianças crescidas em uma situação de fragilidade física podem acrescentar muito conteúdo a este estudo. Algumas

questões permanecem em aberto para investigações mais amplas e aprofundadas. A principal, talvez, refira-se à identificação de possibilidades ou condições para que a mãe possa ser *suficientemente boa* em um ambiente *não suficientemente bom*. Antes disso, é preciso esclarecer o que seria esse conceito sob o ponto de vista de um bebê. Decerto um início de vida permeado por cuidados predominantemente técnicos, doenças físicas e desorganização familiar não seria o mais recomendado se houvesse uma opção. Quando esta não existe, é necessário fazer uso de trabalhos e pesquisas para se pensar e, possivelmente, providenciar as condições fundamentais para o desenvolvimento do bebê, a fim de preservar e promover sua saúde psíquica.

Por fim, é importante apresentar uma questão relacionada diretamente ao trabalho clínico com mães e seus bebês. Winnicott, que muito contribuiu para o entendimento deste universo, preconizou a mínima interferência na relação. Faz-se necessário pensar nas ocasiões em que tantas interferências nocivas são indispensáveis para a sobrevivência do bebê. Sendo assim, cabe perguntar em que direção as experiências clínicas e teorizações podem contribuir para a elaboração de outra qualidade de intervenções, investindo na promoção de saúde mental de todos os envolvidos?

Referências

- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Tosta, R. M. (2001). *Psicossomática na infância: Um estudo da criança com artrite reumatóide*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Weil-Halpern, F. (2002). Tornar-se mãe, graças aos progressos da medicina. In: Bernardino, L. M. F., Rohenkohl, C. & Mascarenhas F. (orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. (pp.27-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª edição. (obra original publicada em 1979)
- Winnicott, D. W. (1990) *Natureza Humana*. Rio de Janeiro. Imago. (Obra original publicada em 1988)
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Editora Imago. (Obra original publicada em 1956)
- Winnicott, D.W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987)

Recebido em: 30/10/2008 / Aceito em: 20/03/2009.