

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**MÃE SAUDÁVEL, GESTANTE DOENTE:
A Ambivalência Vivenciada Por Gestantes Com Toxoplasmose.**

THAÍS RENATA QUEIROZ SANTANA

Brasília, DF, Brasil - 2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**MÃE SAUDÁVEL, GESTANTE DOENTE:
A Ambivalência Vivenciada Por Gestantes Com Toxoplasmose.**

POR

THAÍS RENATA QUEIROZ SANTANA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e
Cultura.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Terezinha de Camargo Viana

Brasília, DF, Brasil - 2007

**MÃE SAUDÁVEL, GESTANTE DOENTE:
A Ambivalência Vivenciada Por Gestantes Com Toxoplasmose.**

THAÍS RENATA QUEIROZ SANTANA

Aprovada por:

Profª Drª. Terezinha de Camargo Viana – UNB

Profª Drª. Delza Maria da S. F. de Araújo – UCB

Profª Drª. Vera Lucia Coelho – UNB

Brasília, DF, Brasil - 2007

DEDICATÓRIA

À todas as gestantes atendidas no IDP – APAE-Goiânia, pelos ensinamentos, por me ajudarem a entender melhor toda a dinâmica em torno da gestação, por me permitirem entrar em suas vidas, conhecer suas angústias, suas dificuldades, suas fantasias, seus medos e por me fazerem vislumbrar toda a maravilha que a prevenção pode proporcionar para todas as gestantes.

À todos os profissionais de saúde que trabalham todos os dias para tentar minimizar os riscos ao bebê, que buscam melhor qualidade de vida a estas crianças por entenderem que prevenção inicia-se dentro da barriga da mãe, e que levantam a bandeira da prevenção por perceberem o quanto este é um ato de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, pelo amor, pelos ensinamentos, pela dedicação, pelo apoio, pela confiança e, sobretudo, por acreditarem em mim e por ajudar no possível e no impossível para que eu alcance meus objetivos.

Ao Harthuro, que me completa com seu amor, está sempre torcendo por mim, acreditando em mim, me aconselhando e me dando força para juntos construirmos uma vida de cumplicidade, amizade, respeito e amor.

A Edimar e Eli por me acolherem em sua casa, em Brasília, possibilitando, assim, meus estudos, pela ajuda, pela amizade e pela confiança.

A Lauro e Raquel, Petruska e Adriano, Edimar e Wanessa, pelo amor e amizade. E aos meus sobrinhos, Victor e Diego, que me enchem de alegria.

Às minhas amigas Sheila e Vitória, pelas dicas e idéias, pelas discussões de casos do trabalho, por aliarem seus estudos e suas práticas ao meu, possibilitando um melhor atendimento às gestantes, e, sobretudo, pela eterna amizade.

À Terezinha, por sua orientação, pela ajuda, pelo companheirismo, por ter acreditado no meu potencial e me aceitado como orientanda em dois momentos preciosos de minha vida profissional, na Especialização e no Mestrado, e por toda a sensibilidade em mostrar os

caminhos da psicanálise.

A todos os professores do Mestrado, pela tão valorosa contribuição, por aulas tão especiais, por me deixarem ainda mais sedenta de conhecimentos e de vontade de crescer, por contribuir para minha formação pessoal e profissional.

À Delza, amiga, professora, eterna mestre, orientadora na minha graduação em Psicologia, pelos ensinamentos, pelo carinho, por me apresentar as maravilhas do mundo das gestantes, por plantar uma semente e por aceitar por compartilhar comigo a colheita de cada flor.

A todos os colegas que me acompanharam nestes dois anos de Mestrado, foi maravilhoso conhecer cada um de vocês. Em especial aos meus amigos de orientação: Andréia, Dione, Eliana, Fausto, Isa, Marcelo, Taís e Thiago, por cada palavra, cada crítica, cada idéia, cada ajuda, que foram fundamentais em todo o momento de construção deste trabalho.

A todos da APAE-Goiânia, em especial do Instituto de Diagnóstico e Pesquisa da APAE-Goiânia, por sempre facilitarem minhas viagens à Brasília, por acreditarem na importância do estudo para a realização de um trabalho de qualidade. O desejo de realizar este trabalho surgiu deste trabalho tão maravilhoso, tão pertinente e tão preocupado com a vida humana.

E, especialmente, a Deus, que está sempre ao meu lado, iluminando meus passos, acolhendo meu coração e me dando forças para enfrentar os obstáculos e estar sempre disposta a buscar novos desafios.

Mãe

I

Receberás em teu ventre
Uma tocha tremeluzindo
Como os deuses vinda do Olimpo
Que ao chegar se imantará
Deixando-te em comoção

Tua graça de bailarina hibernará por nove luas
Pois de ti se apoderou u'outra graça
Que te fará lisa
Redonda e luminosa
Como a luz do plenilúnio

A tua natureza se fazendo generosa
Fará de teu sangue
Um outro sangue
De teu ser
Um outro ser

Não mais serás a mesma
Doravante dividida, verás
Tua cria, ao te revelar inteira
Levar consigo metade de tua herança
E uma parte maior de tua alma

II

Serás primeiro serva
Deste dom que compartilhas com as fêmeas
De ao seres dividida
Que algo se descobre e multiplique
Fazendo-te capaz
D'outras metades gerar

Tornas tua a essência
De em leite teu sangue transformar
E com doçura teu seio ofereças
A este ser que é vir a ser
Como ti uma outra fêmea
Ou uma tocha que outro ventre buscará

Narciso, a bruxa, o terapeuta elefante e outras histórias psi.

Paulo Barros

Resumo

Este trabalho tem como objetivo uma aproximação entre a teoria freudiana e o contexto das mulheres grávidas, mais especificamente na situação de adoecimento. Nasceu do desejo de investigar nessas gestantes, através da análise das sessões clínicas, aspectos subjetivos e intersubjetivos específicos desse encontro de condições: gravidez e doença infecto-contagiosa. Para isso foram utilizadas falas em sessões clínicas de gestantes portadoras de Toxoplasmose atendidas no Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE-Goiânia. A psicanálise se constitui como referencial e embasamento teórico para a referida prática clínica no âmbito da saúde. Questões como mulher e feminilidade; desejo e não desejo materno; culpa; luto materno; construção da maternidade; criação do espaço psíquico para o bebê; relação mãe/bebê; adoecimento, aceitação da doença e adesão ao tratamento; e, principalmente, ambivalência, serão discutidas neste trabalho. O entendimento deste conflito traz a possibilidade de elaboração. Partimos de um questionamento para, após a discussão, obtermos um novo e diferente encontro com o conflito, trazendo-lhe um novo caminho, uma nova significação.

Abstract

This paper aims at approach between Freud's theory and the context of pregnant women, more specific in illness situation. Originated form the desire to investigate in those pregnant patients, through the analysis of clinic sessions, subjective and inter-subjective appearances of this meeting of conditions: pregnancy and infectious diseases. For that have been used talks in clinic sessions of pregnant patients with toxoplasmosis attended in APAE-Goiânia's Prevention and Diagnostic Institute. Psychoanalysis account as referencing and theory basement for the referred clinical practice into the health ambit. Issues as woman and femininity; maternal desire and not desire; guilt; maternal mourning; maternity building; creation of the psychic space for the baby; mother/baby relation; illness, acceptability of the disease and adherence the treatment; and above all, ambivalence, will be discuss in this paper. The understanding of this conflict brings the possibility of elaboration. We began with one big question for, after the discussion, to be able to attain a new and different meet with the conflict, bringing him a new way, a new meaning.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – Mãe saudável	08
1.1. Mulher, maternidade e feminilidade	08
1.2. Desejo materno, luto e transitoriedade	19
1.3. Criação do espaço psíquico para o bebê	29
CAPÍTULO II – Gestante doente	43
2.1. A clínica psicanalítica no ambiente de saúde	43
2.2. Toxoplasmose na gestação	51
2.3. Implicações psicológicas	56
CAPÍTULO III – Ambivalência	69
3.1. Visão psicanalítica da ambivalência	69
3.2. Freud e a Teoria das Pulsões	75
3.3. Maternidade e Ambivalência	84
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

INTRODUÇÃO

A maternidade, a assistência à gestante e, principalmente, o trabalho preventivo são temas que vêm ganhando importância e destaque nas últimas décadas. No âmbito da saúde, vem surgindo projetos de prevenção primária, secundária e terciária. Atualmente, para falar de saúde no sentido amplo de bem estar físico, mental e social, não mais no sentido de “um indivíduo sem doenças”, é necessário falar de prevenção.

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente e minimizar seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (LEAVELL & CLARK, 1976).

A principal distinção entre prevenção primária, secundária e terciária encontra-se no período de progressão da doença sobre o qual se deseja intervir: antes da instalação do processo patológico (prevenção primária), depois que a doença se iniciou e ainda não há sintomas (prevenção secundária) ou quando já há sintomas (prevenção terciária).

O *Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás – Teste da Mamãe* é um exemplo de programas de prevenção que vêm sendo desenvolvidos. Este programa, financiado pela Secretaria de Saúde do estado de Goiás em parceria com o Governo do Estado de Goiás e Secretarias Municipais de Saúde do estado de Goiás, é vinculado à *Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia – APAE-Goiânia* e atende toda a população de gestantes do estado de Goiás que busca o pré-natal na rede pública.

O *Instituto de Diagnóstico e Pesquisa na APAE-Goiânia – IDP*, responsável pelo *Teste da Mamãe*, possui uma equipe de profissionais da área de saúde - infectologista, obstetra, pediatra-infectologista, psicóloga clínica e psicóloga social - responsável pelo atendimento das gestantes que apresentarem sorologia positiva para alguma das doenças

infecto-contagiosas detectadas através dos exames realizados pelo programa, dentre elas: HIV, Hepatites B e C, Chagas, HTLV, Toxoplasmose, Sífilis, dentre outras.

Essas gestantes recebem atendimento desde o início da gestação até o parto e, em alguns casos, em que só é possível fazer o exame no bebê mais tardiamente para ter certeza de que não houve transmissão vertical da doença materna, acompanha-se a mãe e o bebê de dois em dois meses até o primeiro ano de vida do bebê.

O *Programa de Proteção à Gestante – Teste Mamãe* engloba os três tipos de prevenção. A prevenção primária seria em relação ao bebê, a gestante está com algum tipo de doença, mas a transmissão vertical pode ser evitada quanto mais cedo for detectada a doença e mais rápido iniciar o tratamento. Os outros dois tipos de prevenção, secundária e terciária, podem ser vistos tanto nos bebês que nascem com a doença da mãe, quanto nas próprias gestantes. O tratamento não é feito nesta instituição, mas a detecção da doença é fundamental para que se encaminhe a gestante aos centros de referência para os respectivos tratamentos.

A equipe multidisciplinar tem um objetivo comum – a prevenção da transmissão vertical. Mas o atendimento psicológico muitas vezes aborda questões não menos relevantes que, de pano de fundo, acabam se transformando em pontos centrais. O objetivo da psicologia, então, seria possibilitar à mulher uma gravidez mais tranqüila e um cuidado mais saudável deste bebê.

Compreender as diversas transformações que se dão na vida e no corpo da mulher durante a espera de um bebê é o objetivo de diversos profissionais da saúde atualmente. Quando esta gestante é portadora de alguma doença infecto-contagiosa que pode prejudicar a formação de seu bebê causando deficiências e até a morte, abre-se um outro leque de preocupações para o profissional da saúde, inclusive para o psicólogo.

No atendimento clínico diário das gestantes do *Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás* é possível observar que a gravidez envolve questões como transformações

diversas, comprometimento materno, relação mãe-bebê, desejo ou não desejo materno e relação familiar. O fato de estarem com algum tipo de doença infecto-contagiosa acrescenta questões como a aceitação da doença e a adesão ao tratamento. Estar grávida agrava estas preocupações, trazendo à tona questões como ambivalência, fantasia de perda, fantasia de má-formação do bebê e ter que lidar com um medo real de concretização destas fantasias.

A “escuta” (no sentido psicanalítico) dessas gestantes portadoras de doenças infecto-contagiosas nas consultas de pré-natal e pós-parto possibilita questionamentos quanto ao desejo ou não desejo de terem engravidado e as mudanças que tal gravidez poderia causar na vida da mulher. A gravidez é vivenciada como algo positivo e construtivo ou como fator de prejuízos? Como é para a mulher passar por todas essas transformações?

Além disso, questionamentos sobre o quanto a doença influencia na aceitação da gravidez e na construção psíquica do bebê. Como é para a mulher lidar ao mesmo tempo com a chegada de um bebê e com possibilidade de doença desse bebê? A fantasia do bebê imaginário sofre alterações a partir do momento em que a mulher sabe da doença?

Na tentativa de sistematizar algumas dessas observações e indagações, surgiu o desejo de investigar nessas gestantes, por meio da análise das sessões clínicas, aspectos subjetivos e intersubjetivos específicos desse encontro de condições: gravidez e doença infecto-contagiosa, situando ainda tais gestantes em um contexto sócio-cultural de pobreza, visto que as gestantes atendidas no *IDP – APAE-Goiânia* pertencem aos segmentos mais pobres da população, já que são pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde do estado de Goiás.

As falas das gestantes foram retiradas de sessões clínicas no *IDP – APAE-Goiânia* e serão utilizadas, no decorrer de todo o trabalho, sempre como citações entre aspas, com as iniciais das gestantes entre parênteses. Os nomes dos bebês citados são reais, visto que não há possibilidade de identificação dos mesmos.

Na tentativa de responder aos questionamentos levantados, sistematizamos o trabalho

em três capítulos, sendo que o terceiro tem como propósito unir as idéias discutidas nos dois primeiros.

No primeiro capítulo trataremos de termos como mãe, maternidade, maternagem e feminilidade, procurando diferenciá-los dentro do contexto sócio-histórico da mulher e situando tal mulher no contexto da maternidade. Neste primeiro momento é importante tentar reconhecer a mulher enquanto mãe, enquanto alguém que precisa passar por diferentes transformações para se reconhecer neste papel de mãe.

Desta forma, o título “mãe saudável” vem para delimitar que mãe é essa que estamos trazendo. Não é de um ideal de mãe que estamos procurando falar, mas de situações, transformações e alterações físicas e psíquicas vivenciadas pelas mulheres neste momento de sua vida: a gravidez.

Por meio da teoria psicanalítica procuraremos mostrar que é necessário transpor essas barreiras das transformações, através de elaboração de luto. O momento da gestação de uma criança é bastante marcado pela transitoriedade, sendo necessários reestruturação e ajustamento em várias dimensões, como a mudança de identidade e uma nova definição de papéis. A mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente, se num momento é vista como filha e mulher, agora também é vista como mãe.

O primeiro capítulo termina, então, trazendo o bebê como personagem de destaque. Em que momento a mulher começa a imaginar seu bebê? Quando ela o sente como familiar pela primeira vez? Como é para a mãe perceber a existência de alguém dentro de seu corpo? A mãe constrói antecipadamente o eu do bebê?

Há, neste momento, uma busca de colocar o bebê como foco, na tentativa de que ele seja visto como um alguém com sentimentos, desejos, movimentos. Alguém que precisa ser antecipado na imaginação materna na tentativa de tornar familiar esse ser tão imprevisível e “estranho”.

O início do segundo capítulo situará a clínica psicanalítica no ambiente de saúde, visto que num primeiro olhar tais atuações podem ser percebidas como muito diferentes e até impossíveis de coincidirem, por se tratar de um contexto tão diferenciado.

Mas abre-se todo um leque de discussões sobre a importância do trabalho do psicanalista em atendimentos de curta duração e, principalmente, de situar o “olhar psicanalítico” e a “escuta psicanalítica” como um diferencial no trabalho do profissional em um ambiente de saúde.

Essa mesma mulher, retratada no primeiro capítulo, neste segundo momento aparece inserida neste contexto bem diferenciado, o do adoecimento. Pensar uma “gestante doente” é antes de tudo pensar na saúde de, no mínimo, duas pessoas.

As doenças detectadas no *Programa de Proteção à Gestante – Teste Mamãe*, como foi dito anteriormente, são: HIV, Hepatites B e C, Chagas, HTLV, Citomegalovírus, Sífilis, entre outras. A Toxoplasmose foi escolhida como objeto de estudo nesta pesquisa por dois fatores: o alto número de gestantes acometidas pela doença durante a gravidez e a grande mobilização que a doença causa nas pacientes grávidas.

O medo de que algo aconteça ao seu bebê é tão grande, que ultrapassa os temores vivenciados em uma gravidez “normal”. Se num primeiro momento, essa mãe tenta antecipar seu bebê, dando-lhe nome, escolhendo o sexo do bebê, pensando quais características familiares ele terá, após o diagnóstico de Toxoplasmose na gestação, a preocupação é apenas quanto a saúde dele, o restante se torna menos relevante.

Primeiramente, o que nos chamou a atenção, foi a semelhança dos conflitos vivenciados por uma mãe doente, mesmo em mulheres tão diferentes entre si. O quanto tais mulheres ficam mobilizadas e fragilizadas com a possibilidade de doença em seu bebê, muitas vezes provocando sentimentos de impotência, culpa e raiva.

Nosso primeiro objetivo, portanto, consiste em estabelecer uma relação possível, ao

nível historicamente construído, entre a mãe, o bebê, a doença e a vivência deste adoecimento. A escuta a estas mulheres nos mostra que esta relação se dá por meio da ambivalência, tema do terceiro capítulo.

O conceito de ambivalência a ser trabalhado aqui é o que Freud (1913[1912], p.33) traz em *Totem e Tabu* “(...) uma relação ambivalente, composta de impulsos conflitantes afetuosos e hostis”.

Ao buscar como o conceito ambivalência é trabalhado em diferentes correntes psicanalíticas e na obra de Freud, procuramos defini-lo psicanaliticamente, para, então, inseri-lo no contexto da maternidade. Tal discussão vem de encontro ao questionamento inicial deste trabalho: Como é para a mulher lidar ao mesmo tempo com a chegada de um bebê e com possibilidade de doença desse bebê?

O entendimento deste conflito traz a possibilidade de elaboração. Partimos de um questionamento para, após a discussão, obtermos um novo e diferente encontro com o conflito, trazendo-lhe um novo caminho, uma nova significação.

CAPÍTULO 1

MÃE SAUDÁVEL

“Ser mãe é desdobrar fibra por fibra o coração! Ser mãe é ter no alheio lábio que suga, o pedestal do seio, onde a vida, onde o amor, cantando, vibra. Ser mãe é ser um anjo que se libra sobre um berço dormindo! É ser anseio, é ser temeridade, é ser receio, é ser força que os males equilibra! (...) Ser mãe é andar chorando num sorriso! Ser mãe é ter um mundo e não ter nada! Ser mãe é padecer num paraíso!”

Ser mãe
Coelho Neto

1.1. Mulher, Maternidade e Feminilidade

Palavras como mãe, maternidade, maternagem e feminilidade, se misturam quando discutimos sobre a mulher. Como diferenciar tais palavras dando a conotação desejada ao falarmos da mulher grávida? Ser mãe é o mesmo que vivenciar a maternidade? Maternidade é o mesmo que maternagem? Desejar ser mãe é sinônimo de desejar um filho? Estas e outras questões que envolvem a mulher e o contexto histórico em que estão inseridas são alguns dos temas a serem abordados neste tópico.

A mulher que vivencia a experiência de ter um bebê dentro do seu útero pode ser chamada de gestante ou grávida. Os nove meses vivenciados pela mulher quando se espera um bebê pode ser definido como vivência da maternidade.

Ser mãe, no sentido de maternagem, como veremos no decorrer deste capítulo, envolve novos aspectos e novas roupagens. Não é apenas ter um bebê, mas ser alguém para esse bebê, alguém que cuida, ama, protege, ampara.

A mulher grávida é o foco principal deste trabalho. Portanto, falar da mulher enquanto pertencente a um contexto histórico, sociocultural, é uma forma de sustentar e até mesmo

justificar o porquê de muitos medos, angústias, expectativas, dificuldades e mudanças que envolvem a espera de um filho.

Discutiremos sobre a maternidade na Europa e no Brasil, desde décadas atrás até os tempos mais atuais. Contextos diferentes, mas que retratam como a gravidez era vista e vivenciada ao longo do tempo em diferentes momentos e o quanto o momento histórico influenciava na decisão de ter filhos e na criação dos mesmos.

Kehl (1998) ressalta que ao longo dos séculos a maternidade foi tomando proporções diversas de acordo com o que se passava no cenário socioeconômico. No século XVI estimulava-se a gravidez porque uma prole grande era uma promessa de renovação frente à peste negra que estava dizimando a população européia.

Para a autora (1998), a cultura européia do século XVIII e XIX construiu uma abundância de discursos que tinham como objetivo geral promover uma perfeita adequação entre as mulheres e o conjunto de atributos e funções, predicados e restrições chamados feminilidade. Alguns desses atributos ditos femininos, entretanto, entravam de certa forma em choque com a nova condição materna. No lugar de mulher frágil, sentimental, carinhosa e frívola, a mãe deveria ser a firme guardiã da moral e dos bons costumes junto aos filhos.

No Brasil, segundo D’Incao (2006), durante o século XIX, a sociedade sofreu uma série de transformações, como a consolidação do capitalismo, uma nova forma de vida urbana que oferecia outras alternativas de convivência social, a ascensão da burguesia juntamente com o surgimento de uma nova mentalidade, chamada burguesa, que acabaria reorganizando vivências familiares, domésticas, o tempo e as atividades femininas, além da sensibilidade e a forma de pensar o amor.

Neste mesmo período, presenciamos o nascimento de uma nova mulher nas relações da chamada família burguesa, que até então não valorizava a intimidade e a maternidade. Vemos um lar marcado por um acolhedor ambiente familiar, filhos educados e esposa

dedicada ao marido e às crianças e desobrigada de qualquer trabalho produtivo.

O casamento entre famílias ricas e burguesas era usado como um degrau de ascensão social ou uma forma de manutenção do status. As mulheres ganhavam após o casamento uma nova função: contribuir para o projeto social de mobilidade familiar através de uma postura nos salões como anfitriãs e na vida cotidiana, como esposas modelos e boas mães. Os cuidados e a supervisão da mãe passam a ser muito valorizados nessa época, onde se reforça a idéia de que cabe à mãe a primeira educação dos filhos e não os deixem com outras pessoas ou sozinhos. (D'INCAO, 2006)

A autora ressalta que, nesta época, a mulher de elite, a esposa e a mãe da família burguesa, então considerada base moral da sociedade, deveria adotar regras castas no encontro sexual com o esposo, guardar a castidade das filhas, constituir uma descendência saudável e cuidar do comportamento da prole.

A maternidade, nesse período, começa a aparecer em romances, como em *Os dois amores*, de Joaquim Manoel de Macedo, escrito em 1848, em que o personagem Cândido, um bastardo, herói do romance, sofre a falta do amor materno. Mas ainda não aparece como o sonho principal da mulher. (D'INCAO, 2006)

O ideal da maternidade dedicada, cultivado pela família burguesa, marca presença em publicações para mulheres, romances e obras de arte do final do século XIX e das primeiras décadas de XX. Para D'Incao (2006), a distribuição de papéis em *Esau e Jacó* de Machado de Assis (1880-1908), revela a crescente santificação da mulher como mãe, através do sofrimento, enquanto todos os deveres do pai ficam direcionados em sustentar a família com seu ganho pelo trabalho. Ressalta uma mulher que é ao mesmo tempo fragilidade e fortaleza.

Segundo Soihet (2006), durante a *Belle Époque* (1890-1920), com a plena instauração da ordem burguesa, a modernização e a higienização do país despontaram como lema dos grupos ascendentes, que se preocupavam em transformar suas capitais em metrópoles com

hábitos civilizados. No momento em que o trabalho compulsório passava a ser trabalho livre, os hábitos populares se tornaram alvo de especial atenção e medidas foram tomadas para adequar homens e mulheres dos segmentos populares ao novo estado das coisas, fazendo-os adquirir valores e formas de comportamento que passavam pela rígida disciplinarização do espaço e do tempo de trabalho, estendendo-se às demais esferas da vida.

Da família esperava-se organização e uma classe dirigente sólida, respeitosa das leis, costumes, regras e convenções. Das camadas populares esperava-se uma força de trabalho adequada e disciplinada. Às mulheres, recaía uma forte carga de pressões acerca do comportamento pessoal e familiar desejado.

A implantação dos moldes da família burguesa entre os trabalhadores era encarada como essencial, visto que no regime capitalista que então se instaurava, com a supressão do escravismo, o custo de reprodução do trabalho era calculado considerando como certa a contribuição invisível, não remunerada, do trabalho doméstico das mulheres. Além disso, ressalta Soihet (2006), as concepções de honra e casamento, das mulheres pobres, eram consideradas perigosas à moralidade da nova sociedade que se formava.

A medicina social da época assegurava como características femininas, por razões biológicas: a fragilidade, o recato, o predomínio das faculdades afetivas sobre as intelectuais, a subordinação da sexualidade à vocação maternal. O homem, em oposição, conjugava à sua força física uma natureza autoritária, empreendedora, racional e uma sexualidade sem freios. (SOIHET, 2006)

As características atribuídas às mulheres eram suficientes para justificar que se exigisse delas uma atitude de submissão, um comportamento que não maculasse sua honra. Estavam impedidas do exercício da sexualidade antes de se casarem e, depois, deviam restringi-la ao âmbito desse casamento.

Para Soihet (2006), no século XIX coadunava-se a proposta burguesa, referendada

pelos médicos, sobre a divisão das esferas que destinava às mulheres o domínio da órbita privada e aos homens, o da pública. Embora as mulheres mais ricas fossem estimuladas a freqüentar as ruas em determinadas ocasiões sociais, como teatros, casas de chá, ou mesmo passeando nas avenidas, estas deveriam estar sempre acompanhadas.

A rua simbolizava espaço de desvio, das tentações, devendo as mães pobres exercerem vigilância constante sobre suas filhas, nesses tempos de preocupação com a moralidade como indicação de progresso e civilização. Porém, essa exigência era praticamente impossível de ser cumprida pelas mulheres pobres que precisavam trabalhar e que para isso deveriam sair às ruas à procura de possibilidades de sobrevivência.

Segundo Soihet (2006), apesar da existência de muitas semelhanças entre mulheres de classes sociais diferentes, as mulheres das camadas populares possuíam características próprias, padrões específicos, ligados principalmente às suas condições concretas de existência. Embora mantidas em posição subalterna, tais mulheres tinham uma grande participação no mundo do trabalho e, em grande parte, não se adaptavam às características dadas como universais ao sexo feminino: submissão, recato, delicadeza, fragilidade. Eram mulheres muito trabalhadoras, em sua maioria, não formalmente casadas, brigavam nas ruas, falavam palavrões, fugindo do estereótipo de mulher frágil. A liberdade sexual das mulheres pobres parece confirmar a idéia de que o controle intenso da sexualidade feminina estava vinculado ao regime de propriedade privada.

A vida familiar destinava-se, especialmente, às mulheres das camadas mais elevadas da sociedade, para as quais se fomentavam as aspirações ao casamento e filhos, cabendo a elas desempenhar um papel tradicional. Às mulheres dos segmentos mais baixos, mestiças, negras e mesmo brancas, viviam menos protegidas e sujeitas à exploração sexual. Suas relações tendiam para um outro patamar de moralidade que, relacionado principalmente às dificuldades econômicas e de raça, contrapunha-se ao ideal de castidade. Tal comportamento,

contudo, não chegava a transformar a maneira pela qual a cultura dominante encarava a questão da virgindade, nem a posição privilegiada do sexo oposto. (SOIHET, 2006).

A assistência à gestante e a escolha ao tipo de parto foram ganhando importância ao longo dos séculos. Até o século XVII, a tarefa de dar a luz a um bebê era de total responsabilidade da mulher. As parteiras eram nomeadas pelos sacerdotes e pela assembléia de mulheres e, com sua experiência, auxiliava as mulheres a terem seus filhos. Utilizavam-se orações, receitas mágicas, unções, tudo para favorecer o parto e tornar menos dolorido e com um clima mais agradável.

Entre os séculos XVI e XVII, surge a figura do cirurgião na assistência ao parto. O parto foi se tornando uma arte médica muito complexa, e começa a serem introduzidos os mais diversos instrumentos de auxílio. No final do século XVI já se utilizam do fórceps para extrair o bebê do ventre materno. Este instrumento salvou muitas vidas numa época em que a cesariana resultava em uma alta mortalidade materna. Ao final do século XVIII, este quadro já era mudado e a cesariana não resultava mais em óbito materno. (MALDONADO, 2002).

Nos séculos XVII e XVIII questionava-se a existência do instinto materno, e podia-se encontrar a resposta a este questionamento no alto índice de mortalidade infantil. Assim, a indiferença materna era justificada porque se a mãe se ligasse muito ao bebê sofreria bastante. Já a partir de XVIII enfatizou-se a importância da presença da mãe na formação da criança, na sua educação e na sua formação religiosa. Com o declínio da mortalidade infantil começou-se a desenvolver o conceito de infância e o respeito pela criança e voltou-se a justificar a existência de um vínculo afetivo com o bebê. (ARIÈS, 1975).

Para Freitas (2000) no final do século XVIII houve uma exaltação do amor materno nos discursos dos filósofos, dos médicos e dos políticos, sendo que Rousseau, em 1762, com a publicação de *Emílio*, lançou idéias fundamentais sobre famílias baseadas no amor materno, valorizando o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Segundo Maldonado (2002), no período Iluminista, o discurso médico sobre a maternidade segue carona nas idéias de Rousseau, principalmente nos trabalhos de Des Essartz, e começa-se a intimidar e culpar as jovens mães, considerando a recusa em amamentar e a tentativa de aborto como crime.

No ensino médico, a obstetrícia surge como especialidade em 1806 e o estudo da anatomia da mulher acaba por justificar seu papel social de mãe. Essa definição de mulher fraca e sensível, vista por Rousseau em 1775, passa a predominar no século XIX, reforçando a imagem da mulher encerrada no lar. Virey, um discípulo de Roussel, reduz com clareza o papel da mulher à procriação.

Segundo Ariès (1977), no século XIX, há um crescimento do culto à maternidade, ao mesmo tempo em que cresce o lugar da mãe e da criança na sociedade, e em um período de controle da natalidade.

A mãe do século XVIII pode ser considerada, para Badinter (1985), a auxiliar dos médicos, pois ela é convocada a assumir o papel de preservar sua cria. O discurso médico conclama as mães a amamentarem seus filhos e não levá-los às amas-de-leite. O cuidado com a higiene das crianças era valorizado, como também a liberdade de movimentos para crescerem mais saudáveis e fortes. As mães deviam também assumir a transmissão de valores e conhecimentos para os filhos, garantindo a manutenção de uma sociedade sadia.

No século XIX a mãe aparece como colaboradora dos religiosos e educadores. Badinter (1985) afirma que mesmo estando consciente da impossibilidade de atingir esse ideal, a maioria das mulheres compreendia o que lhes foi traçado. Mas, ao mesmo tempo em que o novo status da mãe permitiu que algumas mulheres vivenciassem a maternidade como algo valorizado e socialmente reconhecido, os discursos autoritários de como se deve ser uma boa mãe, por outro lado, criaram uma espécie de mal-estar inconsciente em outras, levando a questionamentos quanto ao papel de mãe e esposa.

Viana (1999,) após um estudo sobre a obra de Balzac (1799-1850), buscou uma aproximação de tal obra com um debate contemporâneo sobre feminilidade. Aponta, primeiramente, para a multiplicidade de personagens femininas (reais e ficcionais) e seus muitos títulos sobre mulheres, ressaltando que

[...]por meio das diferentes obras que integram *A comédia humana*, Balzac discutirá teses e temáticas que recolocam questões postas pelas reflexões contemporâneas referentes à feminilidade – o desejo e o erotismo, a emancipação feminina, a defesa da liberdade sexual, os impasses no casamento, a maternidade, o sofrimento psíquico, o poder feminino, a relação entre os gêneros, etc... (Viana, 1999, p.13)

Balzac, através de seus personagens, levanta questões sobre o que seria cultural, histórico e “natural” na constituição da feminilidade. Segundo Viana (1999, p. 78) “isso se evidencia particularmente na discussão de dois aspectos da realidade da vida das mulheres que guardam referência a uma pretensa ‘ordem natural’ – a sexualidade e a maternidade.”

Viana (1999) nos conduz a analisar o aspecto da maternidade através da personagem Renata, do romance *Memórias de duas jovens esposas*, de Balzac, apontando que é na imaginação que sua gravidez primeiramente toma corpo. Renata se questiona como a maternidade é um fato tão natural e transcendente na vida das mulheres, se nela mesma a angústia é pela ausência de sentimentos. Angústia por seu filho ser gerado não por amor, mas por dever social. O sentimento materno, para Balzac, é uma decorrência das contínuas e renovadas relações que se estabelecem entre a mãe e seu filho.

Serrurier (1993) já nos mostra a maternidade em um outro olhar, o das mães más. Revela que sempre existiram mães más: as mães “filicidas” da mitologia, as bruxas e madrastas dos contos infantis, a realidade cotidiana dos jornais que mostram mães que sufocam seus bebês ou os abandonam em depósitos de lixo.

Porém, esta autora procurou ressaltar as mães más enquanto mães comuns, mulheres

culpadas por não ser uma mãe “suficientemente boa”, mães depressivas, excessivas, ou seja, mães que se debatem com sua maternidade. Como podemos perceber no discurso desta gestante:

“Nunca pensei em ter filhos. Nunca fiz o tipo mãe, sabe. Nem dos meus sobrinhos eu gostava de cuidar. Aconteceu por descuido mesmo, definitivamente, estava totalmente fora dos meus planos uma coisa assim. (...) Ainda não me acostumei muito com a idéia, nem sei se vou me acostumar. Penso que se eu não acostumar eu dou ela pra minha irmã cuidar, porque eu falei pra ela que queria abortar e ela disse que se eu não quisesse, ela ficava com a neném”. (A. C. F. M.)

No século XX, a mulher assume também a função de cuidar do inconsciente e da educação emocional dos filhos. Segundo Chodorow (1990), a psicologia e a sociologia pós-freudianas acentuaram a importância decisiva do relacionamento mãe-filho para o desenvolvimento da criança, e desta forma, ofereceram novos argumentos em favor da idealização e reforço do papel maternal das mulheres.

A famosa observação freudiana de que a mulher era um continente inexplorado, e a muito citada frase “o que quer uma mulher?” marcam o encontro entre psicanálise e feminilidade. Segundo Néri (2002, p.13) “o feminino, ao se apresentar como outro, vem desconstruir o universal, conjugado durante séculos no masculino, instalando a questão da diferença sexual no cerne da psicanálise”.

Freud (1925/1996), em seu trabalho *Algumas conseqüências psicológicas da diferença anatômica entre os sexos*, abandona sua forma de tratar o desenvolvimento sexual dos meninos e meninas (como seguindo uma evolução paralela), e trata pela primeira vez a diferença existente na história psicosexual do menino e da menina, nas situações edípicas e pré-edípicas.

Posteriormente, em *Análise terminável e interminável* (1937/1996), Freud consolidou um novo estatuto da idéia de feminilidade, transformando-a em um conceito teórico que

propôs repensar a problemática da castração para ambos os sexos. A feminilidade, portanto, passa a ser vista como uma característica comum a homens e mulheres.

A idéia de maternagem que gostaríamos de trazer para esta discussão, vai de encontro a esta afirmativa freudiana. Maternagem, pensada como função materna, de cuidado e proteção, funções femininas, mas que podem ser exercidas tanto por mulheres, quanto por homens.

No *Vocabulário da psicanálise* de Laplanche e Pontalis (2000, p.276) encontramos Maternagem definido como “Técnica de psicoterapia das psicoses, e particularmente da esquizofrenia, que procura estabelecer entre o terapeuta e o paciente, de um modo ao mesmo tempo simbólico e real, uma relação análoga à que existiria entre uma ‘boa mãe’ e seu filho”.

Winter e Duvidovich (2004) nos mostram uma visão de maternagem mais ampla. Após um contato prolongado que tiveram com o serviço de saúde inglês, puderam perceber que o modelo de saúde brasileiro se mostrava “um modelo de doença”, sendo a prevenção ineficaz e às vezes completamente ausente.

A proposta de tais autores, então, foi de introduzir no âmbito da prevenção em saúde, a contribuição da dimensão psíquica e subjetiva encontrada na psicanálise, a fim de posicionar o homem de uma outra forma dentro dos fenômenos humanos.

O termo maternagem é utilizado, segundo Winter e Duvidovich (2004), para uma forma preventiva em saúde quando nos deparamos com situações em que haja manifestações da presença regredida ou estabilizada das relações estabelecidas entre o indivíduo com ele próprio ou dos indivíduos com o coletivo.

Nas situações mais frágeis torna-se necessário o uso de uma terapêutica e uma intervenção que possa, pelas características da função materna, se aproximar mais em termos de vínculo e possibilitar um empréstimo de recursos afetivos, simbólicos, demandantes, que nesse momento, o indivíduo não possui.

Trabalhar com função materna é operar na compreensão da situação, na observação dos componentes frágeis e dolorosos, não tentando modificá-los, mas integrá-los à realidade do sujeito, como faria uma boa mãe ao seu filho.

Para Winnicott (1975), maternagem é a forma de uma mãe cuidar de seu bebê de maneira boa e protetora. São os bons cuidados que incluem o amparo às necessidades fisiológicas e todo investimento de amor, de desejo e de aconchego. Através da maternagem a mãe passa a seu bebê os limites e a proteção, dando possibilidades a ele de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero que pode ser muito hostil, se consideramos as agressões desconhecidas.

Na psicanálise, por meio do desenvolvimento psíquico do bebê, há uma extensa explicação sobre a dinâmica do desejo e como se processa o investimento no mundo interno e externo formando um eixo narcísico, que é um suporte de identificação capaz de permanecer investido libidinalmente, mesmo diante de frustrações. Este eixo inicia no exterior (libido materna), volta para o interior, possibilitando a autopercepção e, em um momento mais evoluído do psiquismo, retorna ao ambiente (WINTER; DUVIDOVICH, 2004).

Lacan (1998) chama de função o que é atribuído a um ser humano que interage com uma criança. Então, função materna seria aquela que implica em proteção, cuidados com a amamentação, alimentação, higiene, tudo o que se refere aos cuidados com a sobrevivência. Essa função materna pode ser exercida por outro que não seja a mãe, mas as características são sempre de ser como uma mãe nesse sentido de manter o filho cuidado, protegido e amado.

Com a função materna e a maternagem dentro dessa relação assimétrica, o destino do ser humano continua sua saga, a de se tornar um ser da subjetividade, da fantasia, do desejo. Se por um lado a mãe só pode maternar enfrentando desejos, pensamentos e significados, por outro, o bebê vai se afastando do determinismo fisiológico, da vida instintiva e vai caminhando para uma posição subjetiva, em que o prazer nessa relação singular vai

impregnando toda a satisfação da necessidade.

Neste sentido, a utilização da função materna vem para amparar o ser humano de uma forma muito característica e subjetiva. No contexto das mulheres grávidas, onde há uma regressão psíquica natural que favorece muitas vezes o campo das desorganizações, percebemos a necessidade de ampliar essa compreensão específica de atuar para tais situações de saúde, como ressalta Winter e Duvidovich (2004).

Utilizar os princípios de maternagem, segundo essa concepção, seria estabelecer com a situação ou com o paciente um lugar de funcionamento mais primitivo, lugar de mãe para poder disparar esses operadores de continente, de proteção. O conceito de maternagem se desloca para uma condição terapêutica e profilática, porque assim se mostram esses trabalhos e as prevenções satisfatórias em se tratando de saúde.

1.2. Desejo materno, Luto e Transitoriedade

A maternidade é algo construído internamente antes mesmo da concepção e está intimamente ligada ao social. Ao longo dos séculos o que se vê é uma mulher voltada para o lar e para os cuidados com os filhos e o marido. Ainda hoje, mesmo com toda a revolução feminina, a mulher, apesar de ter conquistado um importante lugar no mercado de trabalho, o lugar de trabalhadora passou apenas a ser mais uma de suas funções na sociedade, a de mãe e mulher não ficou pra trás, mas ao lado.

Diante de tal função social, muitas mulheres se vêem hoje com um dilema, ser ou não ser mãe. O século em que estamos vivendo é um século de diferentes mulheres, pois com o passar das décadas e com a crescente liberação feminista, hoje podemos encontrar não só

mulheres donas de casa e mãe, mas também mulheres donas de casa, mãe e bem sucedidas profissionalmente, ou mulheres bem sucedidas profissionalmente, independentes e solteiras, ou mulheres bem sucedidas profissionalmente, casadas e com a decisão de não ter filhos, ou mulheres independentes e mães solteiras, e inúmeras outras mulheres.

Encontramos também uma divergência grande entre mulheres de diferentes classes sociais. O que se vê nas famílias atuais é que as mulheres de melhor condição financeira têm cada vez menos filhos, diferentemente de suas avós, e as de baixa renda têm um número grande de filhos, como era de costume a décadas atrás.

Pensando nessas diferentes formas de viver da mulher, seria pertinente pensar no desejo e no não desejo materno. Afinal, ser mãe pode ser “uma benção divina” para umas, mas “um castigo de Deus” para outras. Ou ainda, ser uma mistura de sensações, uma balança entre o querer e o não querer, um sentimento ambivalente.

Segundo Maldonado (2002), quando consideramos mais a sério a complexidade dos sentimentos em relação ao filho que está sendo gestado, torna-se mais fácil entrar em contato com a ambivalência, o misto de aceitação e não aceitação, de alegria e de temor. Esta ambivalência é vivida mesmo quando desejamos a vinda de um filho, onde se vive um misto de alegria e apreensão.

Segundo Sales (2000), se acompanharmos os desdobramentos da obra de Freud a respeito da construção da vida psicosssexual da menina veremos que existe uma diferença temporal entre o desejar ser mãe e o desejo de ter um filho. Esses desejos são construídos ao longo de um processo inconsciente no qual a menina vai montando uma identidade psicosssexual.

A gravidez, às vezes, pode acontecer em uma época favorável da vida do casal, em que o desejo de ter, acolher e criar o filho, é predominante sobre o medo de assumir esse compromisso e as mudanças de vida que isso acarreta. Outras vezes, por motivos diversos,

como dificuldade financeira, ter um outro filho muito pequeno, falta de apoio do companheiro, e outros motivos, como a própria decisão de não ter filhos, predomina o não desejo materno.

Apesar de cada dia surgir mais novos e diversos métodos anticoncepcionais, a incidência de gestações não planejadas é muito alta, não tanto por falha nos métodos, mas por seu uso incorreto. E embora o aborto seja ilegal e uma prática considerada criminosa, em muitos países, os números de interrupção voluntária da gravidez atingem a cifra de milhões por ano. Na maioria das vezes, decidir entre um aborto ou ter um filho indesejado torna-se complicado, nessa guerra entre medo e desejo (MALDONADO, 2002).

Cada mulher passa pela dúvida da gravidez ou não gravidez de maneiras diferentes. Há aquelas que não pensam muito, nem entram em muitos conflitos nem em dúvida, decidem interromper a gravidez e sabem que esta é a melhor decisão e por isso nem sentem culpa. Outras ponderam entre prós e contras e acabam tomando a decisão de abortar com pesar e tristeza, mas pensando que infelizmente é a melhor opção.

Ainda há aquelas mulheres que passam por um grande dilema, possuem muita dificuldade de chegar a uma decisão. Nestas predomina a culpa e, mesmo decidindo interromper a gravidez, a probabilidade de um arrependimento é grande.

E há mulheres que nem gostam de ouvir a palavra aborto e que decidem ter o filho a qualquer custo, mesmo com todas as dificuldades, e estas percebem, na maioria das vezes, que as dificuldades enfrentadas são menos terríveis do que as fantasias que criamos diante das dificuldades.

Desejar um filho é um sentimento que está impregnado de diferentes e diversos outros sentimentos. Segundo Maldonado (2002), um filho pode significar um desejo de perpetuação das raízes e do sobrenome familiar, uma oportunidade de enriquecer e dar novos significados à vida do casal, ou num caso oposto, significar um rompimento conjugal, principalmente

quando ele vem na tentativa de solidificar um vínculo que estava frágil. Outras pessoas podem desejar um filho pensando que ele possa preencher um vazio, para lhes fazer companhia, ou para que num futuro este filho seja alguém que possa cuidar deles.

Freud (1933[1932]) nos ensina que a relação da menina com sua mãe se apresenta de acordo com as características de cada fase da sexualidade, expressando-se através de desejos orais, sádico-anais e fálicos. Esses desejos podem assumir uma forma ativa ou passiva e possuem um caráter ambivalente, ora apresentando-se como carinho, ora como agressão. Na fase pré-edipiana da ligação com a mãe, a menina, ao mesmo tempo em que estava identificada com a mãe, tomava-a como objeto sexual.

Esse desejo demonstra a vontade de ser como a mãe e passar da posição de quem só recebe cuidados para o lugar daquela que os oferece. A brincadeira com a boneca, é exemplar desse momento. O que está em jogo é a construção de um modelo de identificação: ser como minha mãe.

A maternidade é um momento em que a mulher, a partir do seu lugar de filha, através de seus processos identificatórios, inicia a construção da mãe que ela gostaria de vir a ser. Como afirma Freud (1933[1932], p. 163), “Sob a influência da transformação da mulher em mãe, pode ser revivida uma identificação com a própria mãe, contra a qual ela vinha batalhando até a época do casamento, e isto é capaz de atrair para si a libido disponível”.

As expectativas depositadas na chegada de um filho são enormes e diversas, tanto em relação a este filho que está por vir, como nos ideais que nós mesmos fazemos de nós como pais e mães.

Além das expectativas existem também o medo das mudanças. Medo de perder a beleza do corpo e acabar sendo rejeitada como mulher, medo de não ser uma boa mãe, de não gostar de crianças, de repetir com seu filho características de seus pais que julgava inadequada.

O medo de mudanças está presente, mas tais transformações são inevitáveis na espera de um bebê. É necessário transpor estas barreiras como fazemos ao elaborar um luto pela perda de alguém.

Na língua portuguesa, a palavra luto recebe várias acepções, a saber:

Luto. [Do lat. Luctu] s. m. 1. Sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém. 2. os sinais exteriores de tal sentimento, em especial traje, preto quase sempre, que se usa quando está de luto: “Minha mãe chorava, cosendo o luto, entre duas visitas de pêsames.” (Machado de Assis, Relíquias da Casa Velha, p. 95) 3. O tempo durante o qual se usa luto (2) 4. Tristeza profunda; consternação, dó (...) 5. Fig. A morte. (BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA, 1986, p. 1054)

Quando falamos de luto, são exatamente essas acepções que vêm à nossa cabeça, perda de um ente querido, choro, roupa preta, tristeza profunda pela perda de alguém e que pode se manter durante um longo período de tempo.

O que propomos aqui, através da teoria psicanalítica, é entendermos o luto como um processo decorrente de uma perda ou de uma mudança que seja significativa na vida da pessoa e que necessite de grande envolvimento emocional para transpor para uma nova etapa, sem deixar de lado os sentimentos que envolvem a etapa anterior. Assim como na perda de um ente querido, onde é necessário que luto seja bem elaborado, mas isso não significa o esquecimento desta pessoa, a dor e a saudade sempre estarão presentes.

Freud (1916 [1915]/1996), em seu artigo *Sobre a transitoriedade*, revela que nós possuímos certa capacidade de amor, denominada libido, que nas etapas iniciais do desenvolvimento é dirigido para o próprio ego. Num momento posterior, essa libido é desviada do ego para os objetos. Nesse sentido, se os objetos forem destruídos ou se ficarem perdidos para nós, nossa libido será mais uma vez liberada e poderá, então, ou ser direcionada a outros objetos ou retornar temporariamente ao ego.

Para ele, o motivo pelo qual esse desligamento da libido de seus objetos se constitui

em um processo tão penoso permanece como mistério. Apenas podemos ver que a libido se apegua aos seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam. Relata, então, ser essa uma definição de luto.

Segundo Laplanche e Pontalis (2000), o trabalho de luto é um processo intrapsíquico consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o sujeito consegue progressivamente desapegar-se dele.

Para Freitas (2000), o conceito de luto normal implica em um processo dinâmico e complexo que envolve a personalidade do indivíduo. No luto dito normal, há um sofrimento provocado pela perda do objeto e, conseqüentemente, há perda de partes do ego projetadas neste. Há um enorme esforço psíquico, que implica recuperar as ligações com a realidade, o desligamento dos aspectos persecutórios do objeto perdido e a assimilação dos objetos positivos e bons.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917 [1915]/1996, p.249) traz a definição de luto como “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, o ideal de alguém, e assim por diante”. Temos então a idéia do luto visto como perda de objeto de investimento pulsional que não é necessariamente um outro ser humano.

Para falarmos do luto como perda de objeto, temos que levar em consideração a noção de objeto na psicanálise. Desta forma, podemos tomar duas das acepções de Laplanche e Pontalis (2000, p. 321) para esta noção de objeto.

A) Enquanto correlativo da pulsão, ele é aquilo em que e por que esta procura atingir a sua meta, isto é, um certo tipo de satisfação. Pode tratar-se de uma pessoa ou de um objeto parcial, de um objeto real ou um objeto fantasístico. B) Enquanto correlativo do amor (ou do ódio), trata-se então da relação da pessoa total, ou da instância do ego, como um objeto visado também como totalidade (pessoa, entidade, ideal, etc.) (o adjetivo correspondente seria ‘objetal’).

Diferentes lutos são vivenciados ao longo da vida, no decorrer do desenvolvimento, exatamente porque no decorrer de nossa vida nos deparamos com diversas perdas de diferentes objetos libidinais. Ao nos depararmos com as mais diferentes perdas: materiais, financeiras, físicas, profissionais, de posição social e de identidade, entre outras, nos vemos a frente de um processo de luto.

Desde o início da vida do bebê, ele se depara o tempo todo com frustrações e gratificações. O fim da amamentação é um luto que deve ser vivenciado tanto pelo bebê quanto pela mãe. Assim como o nascimento dos dentes do bebê, ou ter que separar-se da mãe que precisa trabalhar, ficando com uma pessoa estranha. Cada etapa é sofrida de forma angustiante exatamente por se tratar de uma perda significativa e que necessita de um processo para elaborá-la.

Durante a vida, sempre nos deparamos com passagens para uma outra etapa que, de certa forma, está sempre ligada à etapa anterior por uma afetividade. O casamento, por exemplo, pode ser um misto de alegria pela nova vida e tristeza pela vida anterior, sair da casa dos pais, ser responsável por todas as despesas de uma casa, preocupar-se com questões que antes não faziam parte de seu cotidiano.

A adolescência, para muitos, é vivida como um período marcante por esta questão da transitoriedade. Segundo Coll, Palacios e Marchesi (1995), a adolescência é definida erradamente como a fase de transição entre a infância e a vida adulta, como se fosse um período preparatório. Mas, este período está longe de ser um intervalo temporal entre duas idades, da mesma forma que todos esses lutos vivenciados ao longo da vida não podem ser vistos desta forma, mas como uma transitoriedade, um processo dinâmico e complexo.

Essa transitoriedade é muito marcante na adolescência por ser, segundo Coll, Palacios e Marchesi (1995) um processo de ativa desconstrução de um passado pessoal, em parte tomado e mantido e, em parte, abandonado e definitivamente preterido. Além de ser projeto e

construção do futuro, recapitulação e preparação, construção da própria identidade, sexualidade, valores.

Peter Blos (apud, CHODOROW, 2002), em seu clássico estudo sobre a adolescência, afirma que a principal questão na entrada da adolescência e na adolescência é o abandono objetal e o encontro objetal. Afirmação que nos remete exatamente à transitoriedade descrita por Coll, Palacios e Marchesi.

Assim como a adolescência, o momento da gestação de uma criança também é bastante marcado pela transitoriedade. A gravidez é uma transição que faz parte do processo natural de desenvolvimento, mas que envolve a necessidade de reestruturação e ajustamento em várias dimensões. Num primeiro momento, verifica-se a mudança de identidade e uma nova definição de papéis, pois a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente. Se num momento é vista como filha e mulher, agora também é vista como mãe.

Aragão (2004) afirma que é preciso considerar a hipótese de que uma perda (ou uma alteração) de referenciais internos provoca a sensação de perda de referenciais externos. São as perdas de pilares de sustentação egóicos os responsáveis por esta aparente desorganização externa. E completa que, na gravidez, também há uma alteração fundamental na referência de si mesma: a alteração corporal, induzindo uma mudança na imagem do corpo e afetando a representação narcísica da mulher.

Klein (1996) discute a dinâmica da regressão materna e as identificações e interações que ela ocasiona. Fala das múltiplas identificações da mãe e da variedade de relacionamentos objetais internos que integram a sua formação maternal. Uma mãe se identifica com a própria mãe, ou ainda com a mãe que ela desejava ter, e tenta fornecer cuidados maternos ao filho.

A maternidade, segundo essa autora, pode ser um empenho de reparação (fantasiosa) dos males que a mãe da mãe cometeu (também fantasiosamente) aos filhos (seus rivais). Por outro lado, pode ser um modo de voltar à sua mãe por males que ela lhe causou.

Chodorow (2002) afirma que a teoria psicanalítica define um relacionamento entre a mãe e seu bebê de determinada qualidade e argumenta que as fundações para a participação da mãe nesse relacionamento foram lançadas em seu relacionamento com a própria mãe.

Podemos perceber, no atendimento das gestantes, que a mãe influencia em vários momentos da gravidez da mulher, não só no seu modelo parental, mas nas decisões que tomará no decorrer da gravidez, como o tipo de parto que vai ter. Como podemos ver na fala dessa paciente: “Eu não tenho medo do parto, minha mãe já me explicou tudo, ela teve parto normal e foi tudo tranquilo, dói só na hora, a cesariana fica doendo um tempão depois, vou ter parto normal mesmo”. (M.G.S)

Para Aragão (2004), tanto quanto seu bebê, a mãe precisa do tempo da gestação para, no seu tempo psíquico, constituir-se como mãe. Esse período seria necessário para que se possa esboçar a criação de um espaço psíquico materno constitutivo de um suporte no qual o bebê possa advir como um ser subjetivado, e não somente como um ser biológico.

Assim como no bebê, onde corpo e psique são indissociáveis, Aragão (2004) propõe pensarmos as experiências corporais da mãe, mudanças físicas, como indissociáveis das mudanças psíquicas. Desta forma, pode-se concluir que a gravidez inaugura a experiência de um encontro íntimo da mulher consigo mesmo, pois permite a emergência de conteúdos psíquicos recalcados, relativos a experiências e fantasias infantis.

As várias mudanças que ocorrem durante a espera de um filho, tanto psicológicas, bioquímicas, quando socioeconômicas, podem acarretar transformações muito significativas na vida da mulher. “Nenhuma das minhas gestações foi planejada. Todas as vezes que engravidei foi um susto. Fico feliz porque sempre quis ter muitos filhos, mas ao mesmo tempo preocupada porque a situação financeira aperta”, diz A.D.R.

A ambivalência afetiva, o desejar e o não desejar o bebê vai estar sempre em oscilação durante a gravidez, pois mesmo nas gestações em que há o predomínio da aceitação ou da

rejeição, o sentimento oposto nunca está completamente ausente. Esse sentimento é muito natural e permeia todas as relações interpessoais significativas, onde o amor e o ódio caminham juntos e oscilam da mesma forma que na gravidez.

“Quando soube que estava grávida só veio uma coisa na minha cabeça: medo. Na minha primeira gravidez era pra mim ter parto normal, passei quatro dias sentindo dor e acabei tendo cesárea. Tenho medo de injeção, de anestesia. Quando soube que estava grávida, apesar de gostar da idéia de ter outro filho, só pensava no medo por passar isso tudo de novo”. (E. P. G)

“Minha gravidez não foi planejada, eu não queria engravidar. Fiquei muito nervosa quando soube, queria tirar, queria morrer. Até hoje (7 meses de gravidez) ainda fico nervosa, às vezes fico mais conformada outras não”. (G. M. T. de S.)

A balança do querer e do não querer existe envolvida em uma outra balança, as perdas e os ganhos que uma gravidez provoca em nossa vida, já que uma gravidez significa grandes mudanças interpessoais, intrapsíquicas, físicas, e muitas outras que já justificam a existência desses sentimentos opostos.

“Sempre quis ficar grávida. Teve uma época que eu queria muito e não acontecia. Agora tinha parado pra pensar e achava que não era hora, mas aí aconteceu. Mas quando eu soube fiquei muito feliz, chorei de alegria”. (P.L. da S.)

As oscilações de humor e o aumento da sensibilidade e da irritabilidade, intimamente ligados a essas oscilações, são fatores importantes a serem observados durante a gravidez. As mudanças físicas estão diretamente ligadas com as mudanças psíquicas, já que as alterações corporais e hormonais interferem bastante no humor, na aceitação da gravidez, dentre outros aspectos.

“Com a gravidez tenho dormido pouco, tenho muita insônia, estou chorando muito, fico nervosa por qualquer motivo, por qualquer coisa já estou fazendo um estrondo. E como fico muito nervosa acabo ficando com medo do meu bebê nascer nervoso, porque eu sei que ele sente”. (E. S. V.)

“Quando estou grávida fico mais nervosa e sem paciência, brigo com meu marido o tempo todo”. (O. F. D.)

As transformações da mulher durante a gravidez, as náuseas e vômitos, a hipersonia, os desejos e aversões, o aumento de apetite, o aumento da sensibilidade e, conseqüentemente, de irritabilidade, são mudanças tão bruscas para a mulher, que segundo Maldonado (2002), citando Colman (1969), se o processo transitório não é bem percorrido, pode acarretar em sintomas psiquiátricos transitórios, tais como compulsões, ruminações obsessivas e fobias.

Segundo Aragão (2004), no trabalho do psiquismo materno, que busca transformar o estranho em familiar, é necessário que a mãe construa antecipadamente o eu do bebê, na espera desse encontro “imprevisível e eventualmente perturbador”.

1.3. Criação do espaço psíquico para o bebê

O início da gravidez, de acordo com Aragão (2004), pode ser marcado pela expectativa imaginária de ter seu corpo ocupado ou até mesmo invadido por um ser que, apesar de desejado, é percebido como estranho. Já no final da gestação, através de transformações sutis, porém fundamentais, aparece a possibilidade de construir para o bebê um espaço dentro de si e dentro de sua vida.

Num primeiro momento, o bebê pode ser percebido como um invasor, mas por outro lado, o tempo cronológico da gravidez é necessário para a elaboração do bebê como tal, num

processo de percepção do feto como um “outro”. Mathelin (1999) ressalta que esse tempo de elaboração é indispensável, pois permite à criança tomar corpo não só no ventre materno, mas também em seu fantasma.

Durante o período de gestação, a criança está ao mesmo tempo presente no interior do corpo da mãe e em seus pensamentos conscientes e inconscientes. Porém, como afirma Aragão (2004), está ausente das “interações fantasmáticas”, nas quais o que está em jogo são os conteúdos psíquicos da mãe em torno desse objeto ainda eminentemente narcísico, que existe sem existir.

A sensação do bebê dentro da barriga é vivenciada de maneira muito diferente nas mulheres, independente da aceitação ou não aceitação da gravidez. Como se pode perceber nestas três falas de diferentes pacientes:

“Acho bom quando o bebê mexe na minha barriga, porque assim sei que ele está bem.” (R. S. D.)

“Sinto o bebê mexer desde o terceiro mês, ele mexe bastante. Já acostumei tanto que não faz nem diferença se ele mexe ou não.” (S. C. S.)

“Quando minha barriga mexe chego a ficar revoltada e entro em prantos, porque me lembra que estou grávida”. (L. A. S.)

Segundo Aragão (2004), a mudança que muitas vezes ocorre a partir da percepção pela mãe dos movimentos do feto parece ser fundamental para modificar a fantasia do estrangeiro. A definição do sexo do bebê também é de grande importância para dar-lhe uma identidade, e assim uma configuração no imaginário materno.

“Não esperava engravidar mais. Atrasei uma semana para tomar a injeção. Fiquei nervosa quando soube da gravidez, fiquei revoltada, não aceitava nem as pessoas tocarem no assunto da gravidez. Só fiquei

mais conformada quando soube que era menina, como eu queria”. (M. P. S.)

A produção onírica e associativa deste período da vida da mulher pode revelar o radical remanejamento psíquico que se dá na mulher durante o tempo da espera de um filho (ARAGÃO, 2004). Nas duas falas abaixo do relato de uma gestante (J. M. M. P.) sobre o dia em que ficou sabendo que estava grávida e um sonho posterior, podemos perceber uma tentativa, através do sonho, de aceitação de um bebê que não estava sendo esperado, um misto de rejeição e aceitação:

“Eu estava operada, havia feito ligadura, como eu achava que não podia mais ter filhos nem imaginava que era gravidez. Fui descobrir eu já estava no quarto mês. Antes eu achava que estava doente. No dia em que eu soube que era gravidez eu estava sozinha, fiquei desesperada, passei em uma rua sem nem olhar para os lados para ver se um carro me pegava, porque eu não sabia o que fazer”.

“Sonhei várias vezes com bebê depois que engravidei. Uma vez sonhei que o bebê tinha os dentes todos estragados. Outra vez que era um menino lindo, muito lindo. Uma vez tive a impressão, acordada, de que o bebê estava chorando dentro da minha barriga”.

Para Aragão (2004), nessa criação imaginária do bebê pela mãe, é possível levar em conta as modificações fundamentais que precisam se dar em seu narcisismo, de modo a permitir a criação do espaço, não só em seu corpo, mas também em seu psiquismo. Desta forma, podemos pensar a gravidez como um estado que produz uma alteração radical dos referenciais, já materializados pelas mudanças corporais, mas também pela mudança de lugar na cadeia de filiação, da passagem do lugar de filha para o lugar de mãe.

O início das crianças se dá quando elas são concebidas mentalmente. É um fato que se manifesta no brincar de muitas crianças de qualquer idade, após os dois anos. Faz parte do material de que se constituem os sonhos e muitas ocupações. Após o casamento, há um período em

que a idéia dos filhos começa a se formar. É desnecessário dizer que o ato de desejar crianças não é, por si só, capaz de produzi-las. (WINNICOTT, 1999, p. 43)

Para Aragão (2004, pp. 98-99), toda essa modificação supõe que o ser da mulher possa aceitar englobar um outro ser. Essa é uma dinâmica ambivalente que ocorre da mãe para o bebê, onde:

[...]parece haver uma oscilação entre um “narcisismo englobante”, correspondente à experiência de plenitude (em que a mulher se vive completa com seu bebê no ventre, de tal modo que o bebê está incluído em seu próprio narcisismo) e em contraponto um “narcisismo excludente”, quando ela se percebe invadida por um outro, estrangeiro dentro de si, de quem irá se livrar no parto. O jogo entre a inclusão e a exclusão do bebê no espaço psíquico da mãe poderá ser um dos eixos de determinação do investimento dessa criança e do modo como se processarão as passagens dos conteúdos maternos para o psiquismo incipiente do bebê.

Aulagnier fala da construção de um eu antecipado e afirma que para que se dê a passagem do corpo somático (sensorial) para o corpo relacional, é preciso uma “historicização” da vida somática. Assim “uma primeira versão construída e aguardada na psique maternal acolhe esse corpo para unir-se a ele” e este “eu antecipado” insere a criança num sistema de parentesco onde sua imagem corporal porta em si a marca de um desejo materno. A mãe, neste sentido, precisa organizar e modificar seu próprio espaço psíquico de maneira a corresponder às exigências da psique e do infans. (ARAGÃO, 2004).

Para Dutra (2004), se afirmarmos que a fantasia parental se transpõe passo a passo para o bebê, teríamos que considerar o Édipo da criança como uma simples reedição do Édipo parental, tendo que situar a questão da origem do inconsciente como algo estabelecido a priori, como uma herança inexorável.

No entanto, saber que o bebê da fantasmática parental, tecido pelo desejo e pelo imaginário dos pais, determina a existência do bebê real e que um bebê se constitui enquanto

tal através do desejo, da imaginarização de seus pais, das marcas que o outro imprime em seu corpo e em seu psiquismo, não significa que o bebê real coincidirá com o bebê da fantasmática.

Dutra (2004, p. 114) ressalta que as impressões serão deixadas no bebê, mas há uma distinção que é necessária ser estabelecida desde o início: “quando a questão do bebê se detém nos limites do imaginário parental ou quando o exercício da função materna e paterna se faz sentir como sinal de desorganização psíquica no bebê”.

Golse afirma que até os anos 50, os profissionais falavam do bebê como um ser muito passivo, recebendo tudo de seu ambiente. Foi apenas na segunda parte do século XX, através de uma mudança radical de paradigma em grande parte ligado aos sofrimentos suportados pelos bebês durante a Segunda Guerra Mundial, que os profissionais começaram a falar não mais do lactente, mas do bebê. (DUTRA, 2004)

Bion chamou essa transição de “mudança de vértice”. Os adultos, movidos pela culpa de terem feito os bebês sofrerem um conjunto de sofrimentos inimagináveis, deram a eles então oficialmente o direito à vida psíquica.

Segundo Celes (2004), o psíquico, enquanto inconsciente, é um “suposto” para explicar as falhas da consciência ou diversas ordens de fenômenos que aparecem na prática psicanalítica e que não seriam compreensíveis tendo-se por base a consciência (cf. FREUD, 1915).

Este autor afirma que o psíquico diz da própria subjetividade que vai dos desejos inconscientes à identificação de si, e desta forma, reforça a idéia de que o “nascimento psíquico” corresponderia ao nascimento humano.

Costuma-se dizer que *originalmente um bebê é humano quando alguém o reconhece como tal*. Talvez se possa entender assim o “mínimo” psíquico, a condição decisiva para que se estabeleça o nascimento psíquico. Mas cabe perguntar que reconhecimento é esse –

portanto, que processo se está abreviando sob o termo “reconhecimento” e quais seriam os elementos ou os fatores envolvidos nesse reconhecimento: o bebê e o “alguém” que o reconhece. (Celes, 2004, p.43)

Para Celes (2004), este reconhecimento está vinculado ao processo de presença, presença do outro, no caso, presença materna. Esta mãe reconhece as necessidades do bebê, cria meios de trânsito da pulsão e a faz transitar. O mínimo psíquico, que aparece como traços mnemônicos da experiência de satisfação, traz a marca dessa presença do outro, que vai então constituir o nascimento psíquico.

Queiroz (2005) afirma que ao se falar de ser humano, não podemos jamais falar de pura necessidade, já que toda percepção e toda sensação deixam marcas, que se constituem como significantes e que depois serão significados. Ressalta que, dessa forma, o que faria a diferença entre comportamentos que são considerados reflexos no ser humano e os reflexos nos animais e plantas seria a presença do significante.

O que sabemos sobre as capacidades sensoriais e perceptivas do feto, segundo Queiroz (2005), é que as estruturas dos órgãos dos sentidos se instalam numa ordem determinada, as percepções relativas a cada sistema dependem de estruturas geneticamente determinadas e a maturação destes depende de certa estimulação e interação com o meio. A manutenção da atividade também é considerada indispensável para a manutenção da estrutura em bom estado e depende fundamentalmente das interações da mãe com seu bebê.

Segundo Queiroz (2005), podemos afirmar que efeitos catastróficos podem ocorrer pela falta de comunicação entre a mãe e seu filho durante a gestação ou nos primeiros dias de vida, o que reforça a idéia de marca do significante e reafirma a diferença fundamental entre humanos, animais e plantas.

A investigação analítica, de acordo com esta autora (2005), até bem recentemente, ignorava quase tudo na vida fetal, tudo parecia começar do nascimento. Mas os

conhecimentos atuais sobre o feto sugerem que a vida psíquica fetal se parece em vários pontos com a vida psíquica do recém nascido.

E se o próprio Freud já tinha dito que há uma continuidade entre a vida in-uterina e os primeiros meses de existência, podemos talvez adiantar que, da mesma maneira como acontece com o recém nascido, excitações chegam ao feto como quantidade e retornaria como qualidade, passando pelos órgãos sensoriais que, segundo Freud, desempenham o papel de para-excitação. Esses órgãos sensoriais estão aqui certamente numa continuidade com os órgãos sensoriais da mãe. (QUEIROZ, 2005, p. 38)

Para Queiroz (2005), o desejo está implicado no sujeito. Partimos do princípio de que o sujeito pode então ser assimilado ao desejo, ele não poderia ser outro senão o do desejo. Este sujeito não é apenas sistema percepção/consciência e comportamentos motores, mas essas capacidades e atividades se constituem como significantes e podem ser consideradas manifestações subjetivas, como expressão do desejo, correlacionadas desde a idade precoce com o desejo da mãe. Ressalta ainda que, para Dolto, existe um sujeito desde a fecundação, que se manifesta por desejos. Assim, sua própria vida e o nascimento já seriam uma escolha subjetiva.

Crespin (2004) ressalta que nas últimas décadas aumentaram-se os estudos sobre a vida intra-uterina e já é prática comum reconhecer que o estado emocional da mãe tem importante papel no que vai se passar com a criança, não somente no momento neonatal, mas durante toda a gestação. Estudos já comprovam que o feto ouve ainda no útero e este se mostra sensível à palavra e ao som da voz.

A mãe transmite ao recém nascido, sem saber, quando cuida dele, sua transgeracionalidade, ou seja, ela entende como demandas, que ela deseja satisfazer, o que ele manifesta como necessidades, da mesma forma que fizeram com ela. “Os registros primitivíssimos e inconscientes da maneira como o Outro cuidou dela quando ela própria era

bebê serão, em grande parte, os registros aos quais uma mulher fará apelo ao cuidar de seu bebê”. (CRESPIN, 2004, p.23)

A criança é imaginada pela mulher desde uma fase embrionária precoce até uma posterior idade gestacional, na maior parte dos casos até a data do parto. De início, e principalmente por mães mais jovens, a gravidez está circunscrita ao aparelho reprodutor, associado à sexualidade e fecundação. (SÁ, 1997)

O bebê imaginário vai sendo gerado pelo casal ao longo dos meses, sendo que no início a dificuldade em representar o bebê dentro de si poderá ser maior, dificuldade esta que tem tendência para reduzir com o avançar da idade gestacional. (SÁ, 1997)

Acima de tudo, podemos afirmar que, como se refere Sá (1995 cit. In FARIA, 2001:192) “o bebê nasce nos pais antes de nascer no plano obstétrico (...) nasce-se quando se deseja um filho, mas também quando não se deseja, logo que se pensa nele”.

A importância do amor materno perante a criança desde o primeiro minuto de vida é de um valor muito positivo. O primeiro contato do bebê com a mãe, o contato corporal, proporciona-lhe um estado de conforto e segurança. Este contato precoce é tão importante à mãe quanto ao filho, para ambos estabelecerem desde cedo uma relação recíproca, condição indispensável para o desenvolvimento adequado da criança. (CORDEIRO, 1987)

Dentre as diversas perspectivas teóricas que estudam o desenvolvimento social e afetivo do bebê, as contribuições da escola psicanalítica ocupam sem dúvida um lugar de destaque. Muito embora concepções originais de psicanalistas como Spitz (1965), Mahler (1963) e Klein (1997) sejam hoje em parte contestadas, as teorias psicanalíticas tem o mérito de ter insistido na importância das primeiras relações da criança enquanto experiências fundamentais no desenvolvimento do ser humano.

Segundo Wendland (2001), apesar das discordâncias sobre a existência ou não de ego no bebê e de sua capacidade de diferenciação entre seus processos internos e o mundo

externo, todos os pensadores psicanalíticos conferem especial atenção às primeiras vivências entre a mãe e o bebê.

Para autores como Freud (1911/1959), Spitz (1965), Mahler (1963) e Winnicott (1965, 1987), ainda que o bebê apresentasse intensa atividade psíquica e que esta se construísse a partir da sua relação com o adulto, ele era descrito em situação bastante passiva e pouco evoluída. (WENDLAND, 2001)

Esta autora ressalta, ainda, que apesar da concepção de Spitz do neonato como isolado do mundo exterior e incapaz de perceber estímulos sensoriais estar ultrapassada, ele merece destaque por ter sido um dos primeiros psicanalistas a utilizar, de maneira sistemática, a observação direta de bebês, além de ter apontado para o caráter vital da relação mãe-filho.

Contrastando com os autores mencionados acima, a concepção de Klein (1997) ressaltava um bebê com uma vida psíquica bastante elaborada, pois descrevia o ego como já presente desde o nascimento. Apoiada em observações feitas durante tratamentos psicanalíticos de adultos e crianças, afirmava que o bebê era capaz de sentir angústia, empregar mecanismos de defesa e estabelecer relações primitivas de objeto tanto na fantasia quanto na realidade.

Mesmo que alguns aspectos das concepções de Klein pareçam hoje inverossímeis, como a complexidade da vida psíquica que ela atribui ao bebê em um período que a maturação cerebral não parece permitir tal riqueza, suas idéias deixaram marcas profundas nos estudos sobre a relação mãe-bebê, sobretudo no campo dos distúrbios psicóticos precoces (MAZET; STOLERU, 1993, cit. In WENDLAND, 2001).

Dentre as concepções psicanalíticas, a teoria do apego do Bowlby (1969, cit. In WENDLAND, 2001) é aquela que mais deu impulso às pesquisas com implicações clínicas nas últimas três décadas, e suas idéias são responsáveis por avanços significativos nos estudos pais-criança. Porém o destaque que têm merecido as concepções de Bowlby deve-se,

sobretudo, às repercussões em termo de saúde mental para as quais apostaram suas idéias sobre o desenvolvimento do vínculo afetivo.

Para Szejer e Stewart (1997) o projeto, consciente e inconsciente, feito para esse filho que vai nascer, também faz parte do significado dessa gravidez. Este projeto pode ser sexuado, no sentido de pensar se vai ser menino ou menina, com quem vai parecer, etc. Ou ainda, pode ser um projeto reparador, quando acontece de vir em um momento de crise conjugal onde o bebê é a esperança de paz, ou quando vem “substituir” um filho morto.

A data provável do parto, segundo Szejer e Stewart (1997), já suscita na mulher ou no casal imaginações quanto ao bebê, por exemplo, ao pensar que não é bom nascer na mesma data do avô para não ser parecido com ele, ou a definição do signo, que popularmente já começa a dar indícios de personalidade, ou ainda ser do mesmo signo de alguém querido ou não. Neste momento percebe-se que o casal já começa a conferir ao bebê o estatuto de sujeito.

Os famosos desejos da mulher parecem obedecer à mesma lógica. Szejer e Stewart (1997) relatam que houve um período do fim do século passado em que as mulheres grávidas eram conhecidas por serem vítimas de desejos incontroláveis, como comer morango fora de época, frutas exóticas, fato que alimentou o folclore familiar em relação à gravidez. A partir disso surgiram superstições, como supor que se o desejo não fosse satisfeito causaria então alguma conseqüência no filho.

No contexto social atual, onde podemos comprar frutas fora de época ou exóticas em quaisquer supermercados, surge outro questionamento quanto aos desejos incontroláveis: não seria o único meio para a mulher fazer pressão sobre o homem? Ou para fazê-lo compreender que ela espera um filho dele e que ele deve começar a preocupar-se com esse filho?

Podemos realmente estabelecer dois tipos de escuta em relação a esses desejos, por um lado um sentido que faz referência à história da mulher e do outro, algo que aparece como um primeiro discurso do filho.

Pensar esses desejos como um primeiro discurso do filho, segundo Szejer e Stewart (1997), é de fato dar vida ao bebê, supondo, por exemplo, que o desejo repentino da mãe de comer laranja seja uma expressão da necessidade de vitamina C no bebê. O que nos remete ao antigo discurso de que o desejo da mulher deve ser satisfeito pelo bem do filho. De qualquer forma, mostra o casal, na mesma lógica anterior de iniciar a dar voz e vida ao bebê.

Depois dos desejos, em que se inaugura um primeiro discurso do bebê, a percepção dos movimentos fetais inaugura um novo modo de relação com este bebê. Agora ele se movimenta de maneira mais autônoma, mostra-se à mulher por conta própria, não precisando mais da palavra do médico para confirmar a sua presença.

Para Szejer e Stewart (1997), essas percepções táteis podem ser vivenciadas de diferentes maneiras. Seja de modo passivo, como uma manifestação natural, sem conseqüências, seja de modo ativo, partindo do princípio de que esses movimentos do feto são, neste momento, uma forma dele se expressar. Como podemos ver na fala dessas gestantes:

“Quando ele não mexe, eu já fico preocupada achando que aconteceu alguma coisa. Se ele mexe, eu sinto que ele está bem”. (G. M. C.)

“O Daniel (nome que o filho já tinha dentro da barriga) mexia muito, ele era tão inteligente, sempre que o pai conversava com ele, ele dava muitos pulos. Se eu estava triste ele mexia de um jeito. Se eu estava feliz ele mexia diferente. Sabia quando era eu que falava com ele e quando era o pai. No dia que ele morreu (8º mês) eu falei pro meu marido: – Bem, ele não mexeu hoje! Eu estou preocupada! E ele respondeu: – Ele deve estar com preguiça hoje, deixa ele.(...) Eu fui pro hospital e o médico não ouviu mais o coraçãozinho dele(...)”. (M. J. S. B.)

As primeiras percepções são vivenciadas de forma muito intensa pelas mulheres e vão dando novos formatos a este bebê que esta mãe está construindo mentalmente.

A primeira sensação sonora, é vivida quando o médico, graças ao aparelho próprio,

consegue mostrar à mãe os batimentos do coração de seu filho. Este som proporciona à mulher a concretização de algo que ela antes só sentia e pode ser ouvido por ela como a antecipação da voz do bebê. Assim como a primeira percepção visual, que é enfim dada pela ecografia, e apresenta a primeira imagem do filho e permite uma primeira avaliação. (SZEJER; STEWART, 1997).

Saber o sexo do bebê é uma outra forma de antecipar e dar vida a este sujeito de uma outra forma, pois já indica uma identidade de alguém que já pode, inclusive, ser nomeado. Para Szejer e Stewart (1997), em certos contextos esse saber pode ser profilático, como no caso de um casal que tem duas filhas, o homem quer muito um menino, e saber, antes do nascimento, que vai ser outra menina, pode permitir que o homem faça, antecipadamente, o luto por esse filho desejado, para que possa acolher essa terceira filha de um modo que não seja marcado pela decepção, que é desastrosa para a criança.

Souza-Dias (1999) faz um passeio interessante entre autores para ela considerados pensadores pré-científicos sobre os fetos e gestantes, nos fornecendo, então um belo histórico desta evolução de pensamento.

Inicia com os chineses, que criaram os primeiros atendimentos pré-natais a milênios, pois já acreditavam na influência das emoções da mãe sobre o desenvolvimento do feto. Para eles, determinadas emoções e sentimentos estariam relacionados diretamente a determinados órgãos vitais, por exemplo, a raiva com o fígado, a alegria com o coração, a preocupação com o baço-pâncreas, a tristeza com o pulmão e o medo com os rins.

Desta forma, uma mulher que, durante a gestação, estivesse passando por muita tristeza, poderia dar à luz um bebê com problemas pulmonares e os cuidados pré-natais, então, eram dirigidos ao pulmão da mãe. Com isto, buscavam a prevenção de doenças no futuro bebê, através do restabelecimento da harmonia de trocas energéticas entre mãe e feto, tanto físicas quanto emocionais.

Passa pelos egípcios, cuja medicina era estreitamente ligada à magia, e estes também demonstravam o conhecimento prévio de que o feto se move antes de nascer. Na antiguidade grega, havia especulações sobre quase todos os aspectos da natureza, inclusive um interesse grande, por parte de muitos dos pensadores, sobre embriologia.

Souza-Dias (1999) traz, então, que Empédocles (492-432 A.C.) se perguntava se a vida do embrião é ou não é parecida com a vida do indivíduo independente. Platão (429-347 A.C.) afirmava que “O feto é uma criatura viva, que se nutre e se move nas cavidades do corpo materno”. Aristóteles (384-322 A.C.) escreveu um tratado sobre embriologia que, sem dúvida, influenciou as leis sobre o aborto, aparecidas desde essa época nos códigos canônicos e civis.

Também cita Hipócrates (460-380 A.C.), que na antiguidade era visto como exemplo de médico ideal, daí a atribuição a ele do juramento de Hipócrates, e acreditava que o corpo humano devia ser estudado como um único organismo e que a função de cada parte só podia ser compreendida em relação ao todo. Em sua coleção de 53 obras sobre medicina podem ser encontrados trabalhos que se referem a influências pré-natais.

Além de Tertuliano (aproximadamente 170 D.C.), clérigo latino, escritor de mais de 30 obras, que defendia que, durante a vida intra-uterina, a alma estava plenamente presente no embrião. Já para Santo Agostinho (354-430 D.C.), o feto já possuía alma no segundo mês de gestação e sexo definido no quarto mês.

Souza-Dias (1999) revela que entre o segundo e o sexto séculos, encontram-se nos escritos judaicos muitas teorias sobre a possibilidade de estimular o feto no útero. E cita São Tomás de Aquino (1225-1274) como alguém que também desenvolveu uma teoria sobre o movimento embrionário, afirmando a existência de 3 almas no feto, a vegetativa, a sensitiva e a racional, sendo que elas se sucediam durante o período gestatório. Diferentemente de Duns Scotus (1266-1308), que afirmava que o embrião possuía somente uma alma, a racional.

Leonardo da Vinci (1452-1519), em seus “Cadernos”, refere-se às influências intra-uterinas numa proporção muito maior do que os mais recentes manuais de medicina. Souza-Dias (1999) ressalta que, com admirável intuição, Da Vinci escrevia: “Uma mesma alma governa dois corpos. (...) As coisas que a mãe deseja imprimem-se às vezes sobre a criança que ela traz no momento em que as deseja. (...) Todo querer, desejo supremo ou medo da mãe, ou toda dor de seu espírito, pode atingir poderosamente a criança, às vezes até matando-a”.

Posteriormente, aparecem obras referentes à obstetrícia, em que há referência aos movimentos fetais. Segundo Gregório Nymmanus (1664), o feto possui vida própria dentro do útero, move-se mesmo quando a mãe dorme e pode permanecer vivo durante um certo tempo caso sua mãe venha a morrer, o que permite que seja retirado com vida do útero. Já Hegel (1894), dizia, a respeito da embriologia psicológica, que mãe e feto estão numa indivisível “unidade psíquica”. (SOUZA-DIAS, 1999).

Souza-Dias (1999) termina o histórico dos pensadores pré-científicos citando Wylliam Harvey (1921) que, com suas observações, contribuiu de forma importante para o campo da obstetrícia e apresentou uma descrição detalhada dos movimentos fetais. E finaliza, dizendo que, percebe-se uma combinação de velhas especulações com resultados de observações, tão características do Renascimento científico. Essa mistura de atitudes mantém-se até os nossos dias, mas os problemas embriológicos têm-se transformado mais e mais em matéria de observação e menos de imaginação, um triunfo da ciência sobre a superstição.

CAPÍTULO 2

GESTANTE DOENTE

“Não sei quantas almas tenho. Cada momento mudei.
Continuamente me estranho. Nunca me vi nem acabei.
De tanto ser, só tenho alma. Quem tem alma não atem calma.
Quem vê é só o que vê, quem sente não é quem é.
Atento ao que sou e vejo, torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo é do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem; assisto à minha passagem,
diverso, móbil e só, não sei sentir-me onde estou.”
Não sei quantas almas tenho.
Fernando Pessoa

2.1. A clínica psicanalítica no ambiente de saúde

Para situarmos o trabalho clínico psicanalítico dentro do ambiente de saúde, devemos primeiramente buscar compreender a clínica psicanalítica em Freud, para então diferenciar de uma clínica que precisa ser contextualizada.

Segundo Laplanche e Pontalis (1998, p. 384), a psicanálise é uma “disciplina fundada por Freud”, que pode ser dividida em diferentes níveis, sendo o primeiro:

Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres.

O uso do termo psicanálise consagrou o abandono da catarse sob hipnose, e da sugestão, adotando o recurso da associação livre para obter o material.

No artigo *O método psicanalítico de Freud* (1904[1903]) encontramos um “resumo”

do trajeto percorrido na construção da Psicanálise freudiana, desde a hipnose, onde o paciente era levado a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez, a fim de que estes sintomas patológicos fossem eliminados.

No presente artigo, Freud (1904[1903], p. 239) formula uma nova definição para o seu método psicanalítico: “trata-se de tornar o inconsciente acessível à consciência, o que se consegue mediante a superação das resistências”. E ressalta, ainda, a importância de não estabelecer como meta, outra coisa “senão o restabelecimento prático do enfermo, a restauração de sua capacidade de rendimento e de gozo”, visto que em seu ponto de vista saúde e doença só poderiam se diferenciar na fronteira qualitativa da prática.

Em *Sobre a psicoterapia*, Freud (1905[1904], p. 247) pede permissão para corrigir alguns erros e esclarecer alguns pontos de sua teoria sobre a psicanálise. Ressaltamos aqui apenas o primeiro deles, quando ele procura diferenciar a técnica sugestiva e a analítica, utilizando a célebre frase *per via di porre* e *per via de levare* que Leonardo da Vinci utiliza ao diferenciar a pintura da escultura¹.

De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; não se importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo – a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da idéia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica, cuja eliminação é sua meta.

Freud (1905[1904], p. 247) finaliza esta explicação nos ensinando que, se optou por abandonar tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque “não tinha

¹ A pintura, diz Leonardo, trabalha *per via del porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. In: Freud, S., *Sobre a psicoterapia*, **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1905[1904]/1996, p. 247.

esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente”, já que em muitos casos graves, assistiu ao reaparecimento da doença ou ao substituto dela.

Neste artigo percebemos que Freud (1905[1904]) procura estabelecer uma diferenciação entre a psicanálise e as outras formas de psicoterapia existentes até o momento. A persuasão, a sugestão e outros métodos acrescentam algo para modificar a imagem da personalidade. Enquanto a psicanálise retira o que está demais para que surja a personalidade que está adormecida.

Já em 1924(1923), em *Uma breve descrição da psicanálise*, Freud retoma a sua forma de mostrar os caminhos percorridos por seu método, e inicia situando o nascimento da psicanálise com o século XX e seu surgimento como algo novo perante o mundo com seu artigo *A Interpretação dos Sonhos*, datado de 1900.

Freud (1924[1923]) relembra que logo após sua publicação de *Estudos sobre a histeria*, a sua associação com Breuer chegou ao fim, e com isso, novas técnicas e novas descobertas o fizeram abandonar a hipnose, que antes era usada a serviço de restituir à lembrança do paciente aquilo que ele havia esquecido. Surgia, assim, a necessidade de encontrar alguma outra técnica a fim de substituir a anterior. Eis que ocorre a Freud colocar o método da associação livre em seu lugar.

Isso (a associação livre) equivale a dizer que ele fazia seus pacientes assumirem o compromisso de se absterem de qualquer reflexão consciente e se abandonarem em um estado de tranqüila concentração, para seguir as idéias que espontaneamente (involuntariamente) lhe ocorressem – ‘a escumarem a superfície de suas consciências’. Deveriam comunicar essas idéias aos médicos, mesmo que sentissem objeções em fazê-lo; por exemplo, se os pensamentos parecessem desagradáveis, insensatos, muito sem importância ou irrelevantes de mais. (FREUD, 1924[1923], p. 219)

Esse material conseguido através da associação livre, segundo Freud (1924[1923]) não

trazia à tona aquilo que realmente fora esquecido, como conseguia com a hipnose, mas conseguia trazer às claras conteúdos passíveis de suplementação e interpretação, para o médico então reconstruir tal material esquecido.

Em *Uma breve descrição da psicanálise*, Freud (1924[1923], p. 223-4) nos traz o outro pilar de seu método: a análise dos sonhos, trazida a público em 1900 em *Interpretação dos sonhos*, demonstrava que os sonhos são construídos pela mesma via do sistema neurótico, sendo o sonho “uma realização (disfarçada) de um desejo (reprimido)”.

Através da interpretação o analista consegue ter uma visão mais clara do conflito vivenciado pelo paciente, que está sendo camuflado pelos mecanismos de defesa. É visto o desejo produzido a nível inconsciente. Sendo assim, no decorrer do tratamento, o analista, através da interpretação, possibilita ao paciente ter acesso a esse conteúdo latente, através das regras determinadas pela direção e evolução do tratamento.

Podemos verificar que a psicanálise freudiana está sustentada sobre pilares, que, para Freud, são bases para toda a sua teoria. Normas, conceitos, técnicas, são constantemente testados, às vezes abandonados, às vezes substituídos ou, ainda, complementados com novas teorias.

Sugerimos tentar visualizar este mundo psicanalítico inserido em um contexto: o ambiente de saúde. Para tanto, não devemos pensar em um hospital, ou uma clínica médica ou laboratorial, mas num ambiente que se importa de alguma forma com a saúde física e por que não também com a psíquica do indivíduo. Desta forma, acreditamos que muitos ambientes estariam inseridos neste rol.

Meirelles (2004) ressalta que nos últimos anos, temos acompanhado uma abertura significativa das instituições de saúde para os profissionais da Psicologia e, dentro desse quadro, levanta-se o questionamento do lugar da psicanálise em atendimentos de curta duração.

A expectativa de cura é o foco principal dos hospitais. Dentro dessa lógica, os profissionais da área de saúde tendem a esperar da área psicológica uma resposta similar à da ordem médica, engendrando intervenções de positividade, rapidez e eficiência.

A relação analítica fundamentada no discurso imediato dos fatos por parte do paciente e igual escuta do profissional caracteriza o discurso como um discurso *vazio*, que não promove a emergência do sujeito do inconsciente. E quanto a isso, é preciso que o psicanalista esteja muito atento, pois o seu lugar é marcadamente diferente daquele que se orienta pelo modelo médico. (MEIRELLES, 2004, p. 110).

A brevidade ou a curta duração do atendimento psicanalítico tem um caráter extra-analítico por se tratar de uma exigência institucional. A particularidade do tratamento psicanalítico concentra-se basicamente na escuta da singularidade do sujeito, em dar o tempo necessário para o sujeito falar.

Assim, para aproximar-se da atuação do psicanalista, segundo Meirelles (2005), o profissional da rede pública deve partir de um ponto fundamental: a psicanálise não é uma técnica exclusiva dos consultórios particulares nem depende de várias sessões por semana para acontecer, não se condiciona a um espaço específico, pois se trata de uma relação para além.

Fazer psicanálise, nesse sentido, é uma tomada de posição, já que podemos pensar o analista em qualquer espaço que se tome a posição de uma escuta analítica, acreditando na fala do paciente como expressão do inconsciente.

Maria Cristina Ocariz, ao introduzir o debate *A clínica psicanalítica nas instituições* da revista *Percurso*, recorda a psicanálise a partir do trabalho de Sigmund Freud com pacientes neuróticos no final do século XIX e chama a atenção para o quanto ao longo dos últimos cem anos, foram produzidos trabalhos que levaram a reformulações teóricas, avanços na metapsicologia e inovações nos dispositivos técnicos utilizados. (MERCADANTE;

WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003).

No 5º Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste em setembro de 1918, Freud (1919[1918]), já preconizara a extensão da prática clínica à população menos favorecida economicamente, oferecendo tratamentos que demandaria “adaptar a nossa técnica às novas condições”.

Maria Cristina Ocariz ressalta, ainda, que apesar dessa afirmação de Freud no início da psicanálise, ainda assim persiste no imaginário sócio-cultural a idéia de que um psicanalista faz apenas tratamentos de longa duração, sustentados por determinadas invariáveis e objetivos, e que apenas sob estas condições se poderia reconhecer uma “verdadeira” prática psicanalítica. (MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003).

Existem várias outras modalidades de intervenção em que o método psicanalítico é utilizado, embora enfrentando condições ambientais, temporais e espaciais bastante diferentes do que se imagina como enquadre ideal. Issa Mercadante, Eva Wongtschowski, Maria Eliza Labaki e Aline Gurfinkel foram convidados a debater sua experiência de analista na instituição e segundo Oscariz, as considerações desenvolvidas nos textos de cada autor nos mostram que:

(...) para ser analista é necessário – além da capacidade de escuta analítica e interpretação – inventividade, habilidade para encarar o imprevisto, sensibilidade, humor, assim como flexibilidade quanto às ditas “regras tradicionais”. Essa é a criatividade, que permite à psicanálise se manter viva e em constante construção. (OSCARIZ, M. C., In MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003, p. 108).

Podemos perceber neste debate que as visões dos autores se cruzam e permeiam um ponto comum. Mercadante afirma que as questões que se colocam num trabalho exercido em uma instituição são muitas, especialmente em um serviço público, onde encontramos uma ampla variedade de pacientes e patologias, percebe-se uma necessidade de dar uma resposta à

demanda e uma constante preocupação com o tratamento. Porém, ainda assim, é fato que a psicanálise tem um grande acúmulo de experiências para pensar problemas como esses. (MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003).

Neste debate, Wongtschowski ressalta que o trabalho institucional pode surpreender, assim como toda prática analítica, e representa hoje uma contribuição importante para o conjunto da teoria e técnicas analíticas. Lembra que Freud começou suas observações clínicas em um hospital e afirma que o que é importante de se questionar não é se na instituição se pratica ou não psicanálise, mas o uso que se pode fazer a cada nova demanda que o paciente ou a instituição faz.

Tenho a convicção de que, embora os problemas que enfrentamos na clínica sempre se renovem, podemos hoje ser mais eficientes em intervenções que envolvam precocidade, urgência e número reduzido de sessões. Basta lembrar o desenvolvimento extraordinário que a teoria psicanalítica possibilitou nos trabalhos de mães e bebês: hoje podemos realizar intervenções precoces com segurança e avaliar rapidamente seus resultados em poucas sessões apenas. (WONGTSCHOWSKI, In MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003, p. 110)

Para Labaki, não se trata de encarar a questão da psicanálise nas instituições como um problema de clonagem da prática analítica, que estaria sendo falsificada nas instituições afora, nem de enxergá-la corrompida em sua natureza vitalícia. Mas sim de perceber que é no interior dos diversos pontos de vista que organizam a apreensão do inconsciente que a metapsicologia permite uma inerência entre clínica e teoria, de modo a atribuir existência e autenticidade às figuras psicanalíticas independente do *setting* clínico. (MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003).

Labaki completa, afirmando que seja em um consultório privado, hospital geral, hospital psiquiátrico, unidades básicas de saúde, laboratórios ou ambulatórios de saúde mental, a assunção do trabalho analítico acontece quando o analista se sente comprometido

com a ética da psicanálise.

Gurfinkel encerra o debate ressaltando a importância de se pensar esse profissional imerso em um ambiente que envolve relações de trabalho em equipe, além da política da instituição e o imaginário a ela associado, tudo operando em conjunto. A escuta analítica, neste contexto, não pode ser sustentada de maneira isolada, mas por outro lado, em nenhum momento podemos deixar de pensar cada sujeito como singular, seja na instituição, seja no consultório. (MERCADANTE; WONGTSCHOWSKI; LABAKI; GURFINKEL, 2003).

Esta visão pode também ser percebida em Alonso (2000, p. 22), que ressalta que é justamente “ter claro o que fazemos quando fazemos análise; ver claramente a especificidade do analítico; ter a regra fundamental da análise como referência”, que nos concede uma liberdade maior para pensar as estratégias de condução de um trabalho analítico em cada situação particular, e para exercitar a “elasticidade da técnica” com a tranquilidade necessária à inerente criatividade do ser analista.

Podemos afirmar, dentro desse contexto, ser possível um atendimento clínico de curta duração, com espaços de tempo irregulares, mas com um olhar psicanalítico e uma escuta diferenciada. Defender tal posição é necessário para demonstrar a relevância e o alcance destes atendimentos nos mais diferentes segmentos da saúde, seja público ou privado, a fim de reivindicar o espaço dos psicólogos.

Concluimos ressaltando que, desde Freud e a descoberta da psicanálise, sabemos que a estrutura psíquica se constrói nessa estreita e íntima relação entre a criança e a mãe nos primeiros anos de vida. Sintomas neuróticos, psicóticos, perversos ou psicossomáticos remontam às etapas precoces da vida. (QUEIROZ, 2005).

A investigação psicanalítica nos revela que quanto mais grave e invalidante é o sintoma, mais sua origem é arcaica na história e pré-história do sujeito. Atualmente, segundo Queiroz (2005), encontramos pesquisas em torno, não somente do período do nascimento,

mas também antes do nascimento, como mostram os estudos do psiquismo pré e perinatal. Estudos como este, aqui representado, com gestantes portadoras de Toxoplasmose.

2.2. Toxoplasmose na gestação

Receber o diagnóstico de uma doença crônica como Chagas ou HIV, nas quais a possibilidade de que o bebê seja afetado pela doença é muito pequena se seguirem às condutas médicas adequadas, afeta diretamente a saúde da mulher, a relação familiar e social. Já de uma doença como a Toxoplasmose é diferente, por ser uma doença que pode afetar diretamente a saúde do bebê, mas não a da mãe.

Assim, receber o diagnóstico de Toxoplasmose é difícil, primeiramente, pela falta de informações sobre a doença, até entre as classes mais beneficiadas socialmente. O primeiro pensamento que corriqueiramente surpreende as gestantes com tal diagnóstico é: O que é isso? O que essa doença pode causar no meu bebê?

Inicialmente procuraremos esclarecer dados médicos sobre a doença, a fim de justificar tantos temores e fantasias que perpassam a vida da gestante que precisa lidar com esta doença durante toda a sua gravidez.

Segundo Figueiró-Filho, et. al. (2005), a toxoplasmose tem como agente etiológico o *Toxoplasma gondii*, sendo identificado em seu ciclo de vida complexo dois hospedeiros: o gato, como hospedeiro definitivo, e o homem, mamíferos e aves, como hospedeiros intermediários.

Diversas são as formas de transmissão da doença, ocorrendo por ingestão de oocistos encontrados na terra, areia e nos alimentos, e por via transplacentária. A transmissão

raramente ocorre por meio de transfusão sanguínea, transplante de órgãos e acidente em laboratório.

Figueiró-Filho, et. al. (2005) afirma que a toxoplasmose adquirida na gestação, por constituir uma das formas de transmissão do parasita, apresenta uma importante relevância devido aos danos causados ao desenvolvimento do feto. Ressalta, ainda, que o risco de contrair toxoplasmose durante a gestação correlaciona-se a três fatores: a prevalência na comunidade, o número de contatos com uma fonte de infecção e o número de mulheres suscetíveis (não imunizadas por infecção prévia) na comunidade.

A toxoplasmose é uma protozoose de ampla distribuição geográfica e a transmissão congênita pode ocorrer quando a mulher é infectada durante a gravidez. Nestes casos, o parasita atinge o feto por via transplacentária causando danos de diferentes graus de gravidade, dependendo da virulência da cepa do parasita, da capacidade de resposta imune da mãe e do período gestacional em que a mulher se encontra, podendo resultar, inclusive, em morte fetal ou em graves manifestações clínicas. (SPALDING, et. al., 2003)

Quando a infecção materna ocorre no primeiro trimestre da gestação, a possibilidade de transmissão vertical é menor do que no terceiro trimestre. É como se a barreira transplacentária estivesse mais rígida e houvesse uma maior dificuldade de romper tal barreira. No entanto, nos casos em que ocorre essa contaminação da placenta no primeiro trimestre, a gravidade da doença no neonato é maior, já que é neste momento que os principais órgãos do bebê estão iniciando sua formação.

Segundo Martins (2002), a infecção do adulto geralmente ocorre de forma sintomática. Quando presentes, os sintomas são suaves e inespecíficos, originando um quadro semelhante ao gripal. Por isso muitas pessoas contaminadas anteriormente por este parasita, nem sabem de tal ocorrência.

A doença, portanto, não causa danos físicos significativos à mulher. Após o

nascimento do bebê a preocupação é apenas com a saúde do recém nascido, não sendo necessário o encaminhamento da mãe para qualquer tipo de acompanhamento médico.

A infecção fetal pode ser atenuada ou prevenida quando ocorre um diagnóstico precoce. Se o exame é feito logo no início da gravidez é possível ter certeza se a doença foi adquirida antes ou após a concepção, o que determina tratamento ou não. Além de facilitar o tratamento, já que esta gestante terá tempo suficiente para exames, medicações e mudanças de medicações, se necessário.

Do ponto de vista físico, segundo Caron (2000), as intervenções intra-útero podem ser invasivas e não-invasivas, podendo ter finalidade diagnóstica, preventiva ou cirúrgica (terapêutica). Mas todas invadem o ambiente intra-uterino e de alguma forma interferem na relação. Alguns exemplos de intervenções invasivas são: a ecografia, a amniocentese, a punção vesical e a cordocentese.

Os exames solicitados pela equipe médica do Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE-Goiânia às gestantes com Toxoplasmose são: ecografia morfológica, para todos os casos, exceto os que são confirmados como infecção prévia; e amniocentese, apenas para os casos de toxoplasmose perigestacional confirmada.

Segundo Liao (2005), a ultra-sonografia convencional continua sendo a ferramenta primária para avaliação da morfologia fetal e do rastreamento de malformações, porém novos métodos, como a ecografia morfológica, foram incorporados ao arsenal e, muitas vezes, proporcionam um melhor entendimento das alterações detectadas ou suspeitas à ecografia comum.

A ecografia morfológica analisa toda a anatomia fetal e detecta a grande maioria das malformações graves; além disso, permite avaliar os marcadores ecográficos de anomalias cromossômicas e/ou genéticas. A época ideal para avaliar a morfologia fetal é entre 18-24 semanas de gestação.

Por meio deste exame torna-se possível uma análise sistemática e completa da morfologia fetal: crânio (forma, ossificação), cérebro (estruturas internas, dilatações, anatomia, etc..), face (lábios, palato, globo ocular, cristalino, osso nasal, mandíbula, maxilar), orelhas (implantação, formato), coluna (cervical, torácica, lombar), nuca, tórax (ecogenicidade pulmonar, relação da área cardíaca, hérnias), coração (quatro câmaras, vias de saída, defeitos septais, eixo, ritmo), abdômen, rins e bexiga, estômago, fígado e intestino, membros (pernas, pés, braços, mãos e dedos) e genitais (confirmação do sexo fetal).

Liao (2005) afirma que já se passaram mais de 30 anos desde os primeiros diagnósticos genéticos realizados por amniocentese. Segundo Ramos & Brizot (2005), a amniocentese foi o primeiro método invasivo diagnóstico utilizado em medicina fetal, podendo ser realizada entre 16 e 18 semanas de gestação. Ela é realizada em consultório ou ambulatório obstétrico, não sendo necessária internação ou preparo específico.

A técnica consiste em retirar líquido amniótico da placenta com o auxílio de uma agulha, após verificar localização fetal com ecografia, para minimizar riscos. Com a amniocentese podemos avaliar problemas genéticos do bebê, como a [Síndrome de Down](#); defeitos do nascimento, como uma espinha bífida; além da [infecção](#) do líquido amniótico, importante nos casos aqui descritos.

Acaba sendo caracterizado como um exame invasivo, exatamente por causa dos riscos. Dentre algumas conseqüências graves estão: muita perda de sangue, infecções, ferir o bebê, a placenta ou o cordão com a agulha, rompimento precoce da bolsa de água, dores de parto ou contrações precoces.

Ramos & Brizot (2005) revelam uma pesquisa na Dinamarca com a participação de 4.606 gestantes de baixo risco e saudáveis, com idade materna de 25 a 34 anos, e com 14 a 20 semanas de gestação. Tais pacientes foram alocadas, aleatoriamente, em dois grupos: um grupo foi submetido à amniocentese e o outro apenas à ecografia. A perda fetal total, nas

pacientes submetidas à amniocentese, foi 1% maior do que no grupo controle. Os autores ressaltam que nos grandes laboratórios de citogenética, as falhas de cultura na amniocentese ocorrem em menos de 1% dos casos.

Pode não ser possível afirmar se uma gestante se contaminou antes ou depois de estar grávida. No exame para detectar a doença também é feito um exame de avidéz, que nos mostra por porcentagens se esta contaminação ocorreu antes ou após 12 semanas, sendo que, quanto menor a porcentagem, mais recente a contaminação.

Por exemplo, se uma paciente de 20 semanas de gravidez está com uma avidéz de 23% para Toxoplasmose, isso significa que esta doença é bastante recente e seguem-se algumas condutas, como solicitar: uso de medicação preventiva, ecografia morfológica e amniocentese.

Se uma gestante de 11 semanas de gravidez, com avidéz de 99%, indicando que sua contaminação foi a mais de 12 semanas, nenhuma conduta será necessária e nem a investigação do recém nascido, já que infecção antes da gravidez não resulta em prejuízo ao bebê.

Portanto, se esta gestante estiver com 20 semanas no momento da coleta do exame e sua avidéz for 99%, não há como afirmar se a contaminação ocorreu antes ou depois da gravidez, pois 12 semanas atrás ela já estava grávida. Neste caso, as condutas médicas são: uso de medicação e ecografia morfológica para prevenção deste bebê, mas não é solicitada a amniocentese, pois este exame é muito invasivo e delicado para ser realizado baseado apenas em hipóteses.

Podemos perceber, após tais orientações sobre a doença, o quanto é variável a gravidade da mesma de uma gestante para a outra, o que contribui muito para a falta de informação sobre a doença.

No recém nascido, as conseqüências da Toxoplasmose podem passar despercebidas no

momento do nascimento, porém poderão se manifestar meses ou até anos depois na criança. Nos casos mais graves de infecção congênita, o recém nascido pode apresentar modificações do volume craniano, calcificações intracerebrais e/ou convulsões, e até levar ao óbito.

O acompanhamento dos recém nascidos que não apresentarem sinais clínicos de infecção congênita é feito com exames de sangue no bebê. A presença de títulos elevados de anticorpos IgG no soro do recém nascido, que aumentam ou permanecem positivos em período de até 18 meses, é indicativo de toxoplasmose congênita. Já os que decrescem e tendem à negatificação representam os anticorpos maternos de transferência passiva e vão desaparecendo até negativar totalmente.

Por isso a necessidade de acompanhamento do recém nascido de 2 em 2 meses com exames sorológicos nas ocasiões, para verificar as taxas de anticorpos até que as mesmas negativem e seja finalmente afastada a possibilidade de transmissão vertical. Porém se o bebê já estiver com 18 meses completos e ainda apresentar taxas elevadas destes anticorpos, comprova-se a transmissão e encaminha o mesmo para tratamento precoce em hospital de referência.

2.3. Implicações psicológicas

Para Caron (2000), a possibilidade de os pais acompanharem o desenvolvimento do feto, bem como saberem das patologias ainda intra-útero geram situações dramáticas, sem podermos esquecer a desvalia, a fragilidade e a dependência próprias da condição humana, sempre presentes, mas bastante acentuadas neste período da gravidez.

O medo de que um filho possa nascer malformado, segundo Soifer (1980), pode ser

entendido como conseqüência da fantasia, vinculada a questões infantis, de que a mulher deve ser castigada por seus conflitos com a sua própria mãe. Esse sentimento, muito presente nas grávidas, revela o medo carregado pela mulher de que sua mãe a tenha atacado e, assim, destruído efetivamente sua capacidade de gerar um filho, ou ao menos, de gerar um filho saudável. As falas das gestantes abaixo mostram bem esse medo de ter um filho que não seja perfeito.

“Antes eu pensava que seria bom vir uma menina, porque quando eu fui ter o meu primeiro filho eu queria menina, mas acabou vindo menino, mas tinha horas que eu preferia menino pela facilidade, pois já tenho um menino pequeno e ele poderá fazer companhia para ele. Mas isso foi antes de saber dessa doença, agora eu só quero um filho saudável”. (L. S. M.)

“Eu tinha medo do parto, tinha medo da minha filha ficar com ciúmes, tinha medo de um monte de coisa. Agora sumiu tudo, porque o medo do meu bebê nascer com problema é muito maior”. (A. P. de O.)

Ao imaginar seu bebê, a mãe se protege contra o horror que é se deparar com o desconhecido. Assim, o bebê imaginário, revela-se como uma forma de defesa da mulher, em uma tentativa de tornar o estranho, o desconhecido, em alguém familiar, com traços e características parentais.

O desconhecido é sempre fonte de angústia, como o vazio. Atribuindo uma gama de características e semelhanças ao bebê, os pais preenchem o vazio e transformam o estranho em familiar, inscrevendo-o numa filiação conhecida. (CRAMER, 1993, p. 5)

A possibilidade de um bebê deficiente vem como uma ruptura neste universo imaginário que revela o desejo a um bebê perfeito, nunca em falta, exatamente porque esta falta revela, para a mulher, uma falha dela, como uma incapacidade de ter bons frutos.

“Meu medo é dele já estar contaminado com a doença. Se isso acontecer eu vou sentir que é minha culpa”. (E. C. S. S.)

“Eu nem sabia o que era essa doença e quando eu soube o que podia acontecer com o meu bebê, me desesperei. Imaginar que posso ter um filho deficiente por um descuido meu. Eu sei que se ele for deficiente eu vou amá-lo do mesmo jeito, mas a gente nunca deseja isso porque não deixa de ser um sofrimento pra ele. A gente sempre teme ter um filho doente”. (K. C. de R.)

O momento do diagnóstico é o primeiro contato da mãe com a possibilidade de doença em seu bebê. O diagnóstico mais correto é aquele dado à paciente por um médico, preferencialmente por um que seja especializado e acompanhado de um psicólogo, para que neste momento sejam esclarecidas todas as dúvidas referentes à doença, para evitar falsas fantasias.

Infelizmente essa não é a realidade de todas as gestantes do *Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás*. Apesar da equipe do IDP – APAE-Goiânia ressaltar para o responsável do município a importância desta gestante poder consultar-se com profissionais especializados no momento do diagnóstico, muitas vezes elas recebem o diagnóstico em seu município, e só posteriormente são encaminhadas à consulta com o especialista. Algumas das angústias vivenciadas por estas gestantes podem ser verificadas nos depoimentos abaixo.

“Quem me contou (o diagnóstico) foi a enfermeira lá da minha cidade. Se você visse o tanto de coisa ruim que ela me falou... Eu só fazia chorar. Só depois que a médica daqui (IDP) me explicou as coisas que eu fiquei mais tranqüila. Antes eu tava achando que era certeza que meu filho ia nascer com problema, agora sei que existe a possibilidade de nascer bem se eu fizer tudo que os médicos pedirem”. (O bebê da C. da S. S. T. recebeu alta com 8 meses de idade).

“A enfermeira me disse que eu tinha Toxoplasmose. Eu nunca tinha nem ouvido falar no nome dessa doença, então só pensava que podia ser grave. Depois que eu falei com a doutora eu acalmei mais, é que eu sou muito nervosa, sempre penso o pior”. (J. da C. M.)

“Quando me contaram que eu tinha essa doença, eu fui na internet e vi um monte de coisas horríveis. Eu já tinha medo e naquele momento pareceu que veio a certeza de que eu ia passar por tudo de novo (seu primeiro filho foi a óbito intra-útero, com hidrocefalia). Eu só chorava. Agora que as médicas aqui me explicaram que o tratamento é preventivo e que pode ser que eu tenha pego antes da gravidez e que tem muita chance de meu bebê ficar bem. Nossa! Parece que nasceu a esperança de novo”. (V. A. P. M.) – (Luísa nasceu saudável e recebeu alta com 4 meses de idade).

As gestantes que recebem o diagnóstico no IDP – APAE-Goiânia saem de seus municípios do interior do estado de Goiás e viajam até Goiânia para consultar com a equipe de médicos e psicólogos, sabendo apenas que houve uma alteração em seu exame. Ter que viajar com toda uma expectativa também gera falsas fantasias e na maioria das vezes tais gestantes acabam pensando nas piores doenças, como no caso abaixo.

“Quando pediram para mim colher sangue de novo (procedimento solicitado para confirmação de alteração) eu já comecei a estranhar. Antes mesmo de saber o resultado do exame eu já estava preocupada. Cheguei a sonhar com uma criança magrinha mamando em mim. E agora com essa doença então, acho que tudo que a médica falou que pode acontecer com meu bebê vai acabar acontecendo”. (L. A. de A.)

Quando a equipe médica especializada, obstetra e infectologista, dá o diagnóstico em conjunto com a equipe de psicologia, as dúvidas tendem a diminuir e informações reais substituem as fantasias.

“Quando eu soube que tinha dado um problema no meu exame e que eu tinha que ir pra Goiânia, eu já comecei a chorar, pensei que podia ser HIV ou Hepatite, porque minha avó morreu de Hepatite. Podia ser Sífilis também. Eu nem sabia o que era Toxoplasmose, então nem pensei nisso. Aí quando a médica me contou fiquei mais tranqüila por não ser coisa pior”. (A. B. P.)

Segundo Zozaya (1985) citado por Santos e Sebastiani (1998), o diagnóstico, ou melhor, saber da enfermidade, produz uma série de conflitos emocionais, ansiedade, angústia,

que vão desencadear no paciente uma série de mecanismos defensivos múltiplos, dentre elas:

- Regressão – o paciente adota uma conduta infantil e coloca em jogo os mecanismos regressivos.
- Negação – o paciente não reconhece sua enfermidade e trata então de enganar a si mesmo e a seus familiares, pouco colaborando com os médicos.
- Intelectualização – o paciente investiga todos os aspectos de sua enfermidade e pretende que ao conhecê-la melhor, ela deixe de existir.

Para Kubler Ross (1989), o paciente e a família ao tomarem conhecimento da gravidade da doença podem passar por cinco estágios emocionais, notória e geralmente ocorrendo nesta ordem: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação.

Na rotina de atendimentos do IDP – APAE-Goiânia a gestante passa pela sala da infectologista para receber o diagnóstico, depois a obstetra explica mais sobre a doença do ponto de vista ginecológico, e por fim ela passa pela psicóloga clínica e pela psicóloga social, nesta ordem. Na consulta de psicologia clínica, comumente nos deparamos com falas como destas gestantes abaixo.

“Quando eu soube dessa doença, fiquei muito mal, preocupadíssima. Mesmo depois da médica me explicar tudo eu não consigo me tranquilizar, eu ainda acho que ela está me escondendo alguma coisa”. (P. L. da S., de 16 anos, teve um bebê saudável, que recebeu alta com 8 meses de idade).

“Por mais que os médicos falem, eu não consigo imaginar de verdade o que pode acontecer com meu bebê. Ele é tão pequenininho, tão indefeso, tudo pode fazer mal pra ele. Eu converso com ele, falo que vai ficar tudo bem”. (S. M. C.)

“Eu estou com medo de tudo, de morrer, de perder meu bebê, de cair o cabelo. Você sabe se essa doença faz cair o cabelo? (sem esperar a resposta) Eu não conheço, sabe, mas essas doenças assim costumam causar um monte de coisa ruim na gente, dor, e no bebê, então, pior ainda”. (M. F. S.)

Podemos perceber que muitas vezes, estas fases descritas pela Kubler Ross (1989), podem ocorrer à medida que a gestante sai de um consultório e entra no outro. Em um primeiro momento a negação e a revolta, são freqüentes, muitas vezes elas não aceitam o diagnóstico por relataram não terem contato com gato, não comerem carne crua, etc., tudo que se refere à contaminação é inaceitável para as pacientes.

Após receberem mais e mais instruções e, finalmente chegarem ao consultório de psicologia, onde procuramos minimizar as fantasias e ressaltar o que existe de real frente à doença, estas gestantes tendem a sair mais receptivas às informações e mais aderentes ao tratamento, pois se deparam com a real possibilidade de ter um filho saudável se seguirem todas as condutas médicas.

Outro fator que interfere diretamente na aceitação do diagnóstico é o contexto de cada uma das gestantes. Neste ponto, cada caso é diferente do outro, porque as particularidades de cada paciente poderão maximizar ou minimizar as fantasias, como um exemplo próximo de alguém que tenha passado pela mesma situação, ou alguma experiência anterior que tenha deixado seqüelas emocionais.

“Levei um susto quando a médica me disse que eu tinha Toxoplasmose. Minha vizinha teve essa doença enquanto estava grávida e o bebê nasceu morto. Tenho muito medo de que isso também aconteça comigo”. (A. M. de S.)

“Quando eu soube que estava grávida fiquei desesperada. Eu sempre quis ter filhos, mas na primeira perdi gêmeos, na segunda perdi outro filho. O medo da decepção de perder outro bebê foi maior do que minha alegria de ser mãe. Com todos esses medos, ainda descobri essa doença, meu medo só aumentou”. (K. C. M. teve um menino saudável, que recebeu alta com 9 meses).

“Eu estava namorando e de repente fiquei grávida. Na hora fiquei muito triste, eu não estava preparada, sou muito nova (16 anos), nem

pensava em ter filhos. (...) Fiquei muito nervosa quando sobre que podia acontecer alguma coisa com meu bebê. Eu não estava preparada pra ele, mas agora que me acostumei, nada pode acontecer com ele”. (M. R. R. de S.)

“Estou muito preocupada. Não sei se ele (o bebê) está bem ou não. Uma irmã minha já perdeu um filho e depois teve outro normal, a outra teve o bebê e depois de um tempo ele morreu, tudo por causa dessa doença aí. Só quero que ele tenha saúde, mas só penso o pior”. (M. J. de O. permaneceu preocupada e ansiosa em todas as consultadas subsequentes, até o dia em que o Victor, com 9 meses de idade, recebeu alta).

“Meu primeiro filho nasceu com retardo mental e epilepsia, ele tem nove anos e faz acompanhamento do Hospital de Base em Brasília. Eu e meu marido somos primos e eu sei que meu filho pode ter nascido assim por isso, agora não posso nem imaginar ter outro filho assim. Eu demorei a engravidar de novo porque tinha medo e com essa doença agora, fiquei com mais medo ainda”. (O. F. P. teve uma menina chamada Pollyanna, que veio à última consulta com 5 meses, as taxas vêm diminuindo gradativamente, possível alta em breve).

O segundo momento é o de realização dos exames solicitados pelas médicas. Conforme vimos no tópico anterior, os exames solicitados podem ser ecografia morfológica e amniocentese, sendo este último um exame invasivo e que causa temor. Porém, o que podemos perceber nas falas das gestantes é que estes exames acabam por se tornar uma luz no fim do túnel, uma possibilidade de um contato mais próximo com seu bebê, de vê-lo através de imagens mais nítidas e de saber mais sobre a saúde do mesmo.

“Eu não sabia nem que existia essa doença. (...) Estou com muito medo de ter contaminado meu filho. (...) Vou ficar tranqüila só depois que fizer esse exame (amniocentese) e saber se ele está contaminado”. (A. R. T.)

“Não estou conseguindo mais dormir depois que eu soube do resultado do exame. Só penso nisso o tempo todo. É só preocupação. Quando soube que meu bebê poderia nascer deficiente eu só rezava e chorava. (...) As médicas me explicaram que eu vou ter que fazer dois exames, uma ultra-som mais detalhada e um outro eu tira o líquido da

placenta. Eu fiquei com muito medo, mas se é para o bem do meu filho, vou fazer o mais rápido possível”. (L. S. de S.)

“Eu entendi tudo o que a médica me explicou, vou fazer os exames e tomar o remédio. Só esse exame de tirar o líquido da barriga que eu fico com um pouco de medo, mas vou fazer mesmo assim”. (G. de A. S. na última consulta estava com 8 meses e feliz por ter uma menina, que se chamará Ana Laura).

As gestantes acabam por depositar suas expectativas nestes exames e no uso regular da medicação, que é preventiva, mas não garante a não contaminação do feto. Vemos claramente na fala das mesmas o quanto, antes dos exames, elas ficam visivelmente preocupadas, ansiosas e temerosas, e o quanto esses temores diminuem após resultados positivos nos exames.

“Agora estou bem mais tranqüila, estou muito feliz, porque minha filha está bem. Agora só estou ansiosa para que ela nasça logo para mim conhecer a Gabrielle”. (A. R. T) – (Após nove consultas, sendo três quando grávida e seis com a bebê, a Gabrielle recebeu alta).

“Estou muito preocupada, com medo de passar para o bebê. Quando eu soube fiquei assustada porque antes de saber eu tinha sentido um medo inexplicável de ter uma criança com problema. Fiquei com medo de ser tipo um pressentimento”. (W. F. S. B. na primeira consulta)

“Agora estou bem mais aliviada. Você precisa ver o quanto ele está mexendo, parece que está feliz como eu”. (W. F. S. B. após amniocentese. Vitor recebeu alta com 6 meses, a paciente sempre demonstrou excelente relação mãe/bebê).

“Estou mais tranqüila sim, a ultra-som mostrou que vou ter uma menina e que está tudo bem com ela. Desde o dia que vim aqui que estou usando o remédio, tenho certeza que vai ficar tudo bem com ela”. (L. S. de S., teve a Stefany, que recebeu alta com 6 meses).

“Agora estou feliz. Fiquei com medo até na hora de fazer o exame, mas fiquei muito feliz quando vi que vou ter um menino, que ele está

bem. E estou tomando o remédio direitinho”. (E. da S. P.) – (Wilson Filho veio à última consulta com 3 meses, taxas em queda, retorno em 2 meses para novo exame).

Apesar de ser ressaltado à paciente que os exames e o uso da medicação possuem caráter apenas preventivo e que permanece, ainda, a possibilidade do bebê nascer com alguma seqüela da toxoplasmose, um exame negativo aumenta o grau de esperança na mãe de tal forma que a possibilidade de doença desaparece. Assim, quando todos os exames são favoráveis e a gestante utiliza a medicação regularmente e mesmo assim seu bebê apresenta transmissão vertical, o diagnóstico de doença do bebê vem como algo inesperado, como se nenhuma das explicações anteriores indicassem tal possibilidade.

Nas quatro falas de uma mesma gestante (P. C. R.), abaixo, podemos perceber essa trajetória. Numa primeira consulta esta gestante fala de seu desejo de ser mãe e dos temores de descobrir a Toxoplasmose. Num segundo momento em que retorna com os exames realizados, é possível perceber claramente que o medo vai embora, surgindo assim a vontade de “curtir” a gravidez. E finalmente, num último momento, após o parto, ao se deparar com uma confirmação de adoecimento de seu bebê, a sua fragilidade.

“Depois que eu perdi meu bebê na primeira gravidez, eu comecei a tomar remédio (anticoncepcional) até melhorar. Quando vi que tinha melhorado parei o remédio para engravidar. Mas quando eu soube que estava grávida demorei a ficar feliz porque tinha medo de perder de novo. Esperei crescer mais a barriga, aí eu fui no médico, quando ouvi o coração bater foi uma alegria imensa”.

“Chorei muito quando a médica da minha cidade me contou da Toxoplasmose. Fiquei com muito medo. Comecei logo a tomar o remédio e fiz a ultra-som morfológica. Quando vi na ultra-som que estava tudo bem fiquei um pouco mais tranqüila, mas só depois do outro exame (amniocentese) que vou ficar tranqüila mesmo.”

“Com qualquer coisa sempre fico ansiosa, nervosa. Não dormi enquanto não saiu o resultado do exame. Agora estou feliz, vou só

curtir a gravidez e parar de pensar tanta coisa ruim”.

“Eu fiz tudo que os médicos mandaram e mesmo assim a Júlia nasceu com problema na visão e líquido no cérebro. Ainda não me conformo. Fico achando que não é verdade. Mas tenho muita esperança, sei que ela vai ficar boa logo”.

O nascimento do bebê também é um momento crucial nesta problemática materna. Antes do parto a gestante já verbaliza que a tranquilidade total só vai ocorrer quando ela ver o bebê e se deparar com um bebê perfeito. É corriqueiro encontrarmos a fala “Só depois que ele (ou ela) nascer que vou ficar realmente tranquila”.

Mesmo sabendo que o bebê ainda terá que passar pelo pediatra, terá que fazer uma série de exames e ser acompanhado bimensalmente até a negatificação da sorologia, e só assim, será afastada a hipótese de transmissão vertical, no momento em que a mãe olha para um bebê visivelmente saudável e perfeito, toda a angústia desaparece. Como podemos perceber nas falas destas gestantes, ditas na consulta de retorno após o parto.

“Ver ele pequenininho, saudável, depois de tanto medo e tanto susto, foi muito bom, um alívio sem tamanho”. (D. P. da S.)

“O Gabriel é calmo, mama bastante, dorme bem, é esperto, não entendo como a médica pode dizer que ele pode estar doente, ele não tem como estar doente, é pequenininho, nem trabalho ele dá”. (L. A. de A.)

“Ela nasceu pequenininha e eu pensei, nossa, ela não tem nada... Mas foi só quando eu vi, porque depois lembrei que ainda tem um monte de exames para fazer e ver se ela está realmente bem, mas tenho muita esperança”. (A. P. de J.)

Esse alívio alcançado após o nascimento do bebê e esta certeza em achar que ele está completamente saudável porque está visivelmente perfeito, às vezes, acaba por gerar um transtorno, pois algumas gestantes abandonam o tratamento, não retornando com seus bebês

após o parto ou nas consultas subseqüentes, exatamente porque para elas o risco já acabou. A falta de sintomas é um fator determinante em muitos casos de abandono de tratamento. Muitas pacientes não compreendem o porquê de terem que ir ao médico regularmente, tomar remédios e fazer exames se não sentem nada.

Mesmo que a preocupação materna com a saúde do bebê reapareça quando os exames com o pediatra começam a ser feitos, o medo já não é mais o mesmo, não tem a mesma dimensão, porque este ser não é mais desconhecido, ele já existe concretamente e já demonstra sinais de ser ou não uma criança saudável.

Freud (1919) discute o tema do “estranho” (*unheimlich*) como sendo algo que se relaciona ao que é assustador, que provoca medo ou horror, ao mesmo tempo em que trabalha este conceito como podendo ser também aquilo que é desconhecido, misterioso, incomum, e que de alguma forma, nos causa estranheza por ser algo não familiar.

Freud (1919) ressalta que somos tentados a concluir que aquilo que é estranho é assustador, exatamente por não ser conhecido nem familiar. Mas percebe-se que a questão fundamental proposta por Freud neste artigo é: Até que ponto o que é estranho tem que necessariamente ser não familiar?

Em seu discurso Freud (1919, p. 243) relembra que a palavra “*heimlich*” da língua alemã, pode ter dois significados opostos: “por um lado significa o que é familiar e agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora da vista”. Já a palavra “*unheimlich*” é habitualmente usada como oposto apenas do primeiro significado de “*heimlich*”.

Freud (1919) nos faz viajar pelo conceito através de exemplos, para nos ensinar e nos fazer perceber que este estranho também pode ser familiar, na verdade, secretamente familiar, já que poderia se tratar de um conteúdo que foi submetido à repressão e ao retornar, volta na condição de estranho.

O bebê, dentro da barriga da mãe, é sentido, num primeiro momento, como algo

totalmente estranho, as náuseas e vômitos decorrem da presença deste corpo estranho em seu organismo. Corpo este que precisa de adaptação. A tarefa de tornar este estranho familiar é vivenciada em cada etapa da gravidez e dentro do próprio psiquismo da mulher. No momento que a mãe vê pela primeira vez o seu bebê, ela irá procurar primeiramente traços familiares ao seu referencial de ser humano, e depois características familiares, olhos iguais ao do pai, boca como a mãe, gênio do avô, etc. Tudo em uma tentativa de procurar familiarizar-se com este bebê.

As fantasias de um bebê doente, mexem diretamente com estas angústias maternas. O bebê que a mãe procurava, desde o útero, tornar familiar, traz consigo, ao nascer, uma sensação de concretude necessária a muitas mulheres que não conseguem fantasiar. Como no caso de muitas gestantes que não conseguem conversar com seus bebês. Abaixo vemos a resposta de algumas gestantes frente à pergunta da Psicóloga: “Você conversa com seu bebê?”.

“Não, eu não converso não. Às vezes eu passo a mão na barriga, ou então converso em pensamento, mas conversar mesmo não. Com o outro eu também não conversava. Mas quando nasce, aí sim, eu converso bastante”. (K. G. M.)

“(risos) Acho muito esquisito. Não dou conta de conversar não. Não consigo imaginar ele me ouvindo”. (P. L. S. S.)

Por isso que ver um bebê saudável na sua frente, significa para muitas mães a decisão de permanecer acompanhando ou não estes bebês. Infelizmente, muitas doenças são silenciosas e se não tratadas a tempo podem causar comprometimentos irreversíveis.

As gestantes que permanecem trazendo seus bebês após o parto e a cada dois meses para novos exames, ou seja, as que realmente aderem ao que é recomendado pela equipe de médicos e psicólogos tendem, em sua maioria, a ter resultados satisfatórios. Mesmo que em

alguns casos seja confirmada a transmissão vertical, o tratamento indicado à criança logo nos primeiros meses de vida, é fundamental para o desenvolvimento futuro desta criança e pode significar a diferença real entre ser ou não uma criança doente.

As barreiras a serem ultrapassadas por essas mães são muitas, mas a responsabilidade com o tratamento e a expectativa de saúde de seus bebês é o que as incentivam frente a cada obstáculo. O medo e a ansiedade recorrentes nestas gestantes são ainda maiores devido a condição em que se encontram, ter responsabilidade por duas vidas em um mesmo momento é algo que mexe muito com tais mulheres.

Ter que lidar com todas as mudanças corporais, sociais e psíquicas e, ainda, com a possibilidade de doença em seu bebê gera muita ambivalência de sentimentos. Ora se sentem fortalecidas e confiantes, ora frágeis e desanimadas.

CAPÍTULO 3

AMBIVALÊNCIA

“Na paisagem do rio difícil é saber onde começa o rio; onde a
lama começa do rio; onde a terra começa da lama; onde o
homem, onde a pele começa da lama; onde começa o homem
naquele homem.”

O Cão sem Plumas

João Cabral de Melo Neto

3.1. Visão psicanalítica da ambivalência

Encontramos o termo ambivalência no Novo Dicionário Aurélio (1986) definido como: “Ambivalência [De ambi + valência] *S. F.* 1. Caráter do que apresenta dois aspectos ou dois valores; a ambivalência de um fato histórico. 2. *Psicol.* Estado de quem experimenta ao mesmo tempo, numa determinada situação, sentimentos opostos”.

Através desta definição já temos uma visão do que queremos discutir através do termo ambivalência. Uma pessoa que em uma determinada situação experimenta, ao mesmo tempo, sentimentos distintos e até opostos. Como uma mulher que está grávida e ao mesmo tempo doente, tendo que lidar com estes dois opostos.

Mas antes de entrarmos na discussão da gravidez, é importante trazeremos os conceitos de ambivalência encontrados em autores psicanalistas e em que contexto este termo era usado pelos mesmos.

Parker (1997) afirma que provavelmente foi a incapacidade do elemento de ódio (o medo do ódio) que levou à utilização ampla e equivocada do termo ambivalência. Este é frequentemente usado para descrever sentimentos *misturados*, diferentemente do conceito proposto pela psicanálise, segundo o qual coexistem em relação à mesma pessoa sentimentos e impulsos bastante contraditórios. Exemplifica, ainda, que os componentes positivo e

negativo postam-se lado a lado e permanecem em oposição.

André Green (1980) em seu artigo *A mãe morta*, afirma que a ambivalência é um traço fundamental dos investimentos depressivos. Busca, ainda, relacionar tal afirmação com sua teoria sobre o complexo da mãe morta², dizendo que o que é importante compreender bem é que a capacidade de amar na estrutura que ele expõe, neste mesmo texto, só decorre da ambivalência e, portanto, da sobrecarga de ódio, na medida em que o que vem primeiro é o amor gelado pelo desinvestimento.

Segundo André Green (1980), o ódio recalcado é o resultado de uma desintração pulsional, sendo que todo desligamento enfraquece o investimento libidinal erótico liberando, em consequência, os investimentos destrutivos. Reiterando seus investimentos, o sujeito que crê ter conduzido os investimentos para o seu Eu, na impossibilidade de poder deslocá-los para um outro objeto, um objeto substituto, não sabe o que deixou, que alienou seu amor pelo objeto caído no esquecimento do recalçamento primário.

Conscientemente, pensa que sua reserva de amor está intacta, disponível para um outro amor quando for a ocasião. Declara-se pronto para investir num novo objeto se este se mostrar amável e se puder se sentir amado por ele. “O objeto primário, supõe o sujeito, não conta mais para ele. De fato, vai encontrar a incapacidade de amar, não apenas por causa da ambivalência, mas porque seu amor continua tão hipotecado à mãe morta”. (GREEN, 1980, pp. 262-263)

Melanie Klein (1996) é uma autora que, em diversos momentos de sua obra, traz a discussão sobre a ambivalência. Em 1926, ela fala sobre a ambivalência da criança que ora demonstrava preferência pela mãe, ora pelo pai, ora forte identificação com o pai e fixação excessiva na mãe, ora o oposto, durante a elaboração da situação edipiana.

² “A mãe morta é, ao contrário do que se possa crer, uma mãe que permanece viva, mas que está por assim dizer morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida.” Cf. Green, *A mãe morta* Em **Narcisismo de vida e Narcisismo de morte**, p. 247.

Já em 1929, Klein traz novamente a ambivalência ao tratar da questão da identificação. Explica que podemos perceber que o processo de síntese das identificações fracassou quando notamos a influência excessiva exercida por tipos extremos de imago³, a grande quantidade de figuras bondosas em oposição às ameaçadoras ou a rapidez com que os aliados se transformam em inimigos.

Esse fracasso se manifesta através da ambivalência, da tendência de ansiedade, da falta de estabilidade ou da rapidez com que esta é derrubada e da relação deficiente com a realidade que é típica de crianças neuróticas. A necessidade de síntese do superego surge da dificuldade do indivíduo para chegar a um acordo com um superego composto de imago de naturezas tão contraditórias. (Klein, 1929/1996, p. 234)

Klein (1935/1996) retoma a questão da ambivalência em seu texto *Uma contribuição à Psicogênese dos estados Maníaco-depressivos*, dizendo que na primeira fase de desenvolvimento da criança, como ela já havia descrito anteriormente, os objetos perseguidores e os objetos bons estão muito afastados da mente da criança. Quando eles se aproximam, após ocorrer a introjeção do objeto total com o real, o ego recorre constantemente ao mecanismo da cisão dos imagos, entre as amadas e as odiadas, as boas e as perigosas.

Pode-se dizer que é neste momento que surge a ambivalência, que, na verdade, diz respeito às relações de objeto, isto é, a objetos totais e reais. A ambivalência que foi, então, estabelecida através da cisão dos imagos, permite à criança pequena ter mais confiança nos seus objetos reais e, conseqüentemente, nos seus objetos internalizados, conseguindo, assim, amá-los mais fortemente, desenvolvendo mais e mais as fantasias de restaurar o objeto amado. (KLEIN, 1935/1996)

³ Laplanche & Pontalis conceituam imago no **Vocabulário de Psicanálise**, pp. 234-235, como “Protótipo inconsciente de personagens que orienta seletivamente a forma como o sujeito apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasísticas com o meio familiar”.

É importante destacar que Klein (1935/1996) neste artigo buscou mostrar que é nesse estágio de desenvolvimento que a unificação entre os objetos externos e internos, amados e odiados, reais e imaginários, se dá, de maneira que cada etapa conduza a uma nova cisão de imagos.

(...) à medida que vai aumentando a adaptação ao mundo externo, essa cisão ocorre em planos que vão se aproximando cada vez mais na realidade. Essa situação se mantém até que o amor pelos objetos reais e internalizados, assim como a confiança neles, estejam bem estabelecidos. Então a ambivalência, que é em parte garantia contra o ódio da própria criança e contra os objetos odiados e aterrorizantes também diminuirá em graus diferentes ao longo do desenvolvimento normal. (Klein, 1935/1996, p. 328)

Em 1940, em *O luto e suas relações com os estados Maníaco-depressivos*, Melanie Klein (1940/1996) nos mostra que as experiências desagradáveis e a falta de experiências prazerosas, principalmente de contato íntimo e feliz com pessoas amadas, vivenciadas por crianças pequenas, aumentam a ambivalência, diminuem a confiança e a esperança, confirmando, assim, as ansiedades a respeito da aniquilação interna e a perseguição externa. Assim, tais experiências podem retardar ou interromper os processos benéficos através dos quais se atinge a segurança interna.

Neste mesmo artigo, Klein (1940/1996) afirma que a onipotência, a negação e a idealização, intimamente ligadas à ambivalência, podem permitir que o ego primitivo se levante contra seus perseguidores internos e contra uma dependência submissa e perigosa em relação aos objetos amados, o que pode trazer novos avanços em seu desenvolvimento.

Em seu artigo intitulado *O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas*, Melanie Klein (1945/1996) traz exemplos de estudo de caso que muito exemplifica o que discutiu sobre ambivalência até aqui. Como os dois casos citados abaixo.

No caso de Richard, que ilustra o desenvolvimento edipiano do menino, Klein

demonstra que a cisão inicial da figura materna numa “mãe-seio” boa e outra má, era muito forte e servia como uma maneira de lidar com a ambivalência.

Já no caso de Rita, que ilustra o desenvolvimento edípiano na menina, vemos que a relação de Rita com sua mãe era dominada por duas grandes e ambivalentes fontes de ansiedade: o medo persecutório e a ansiedade depressiva. Em um aspecto a mãe representava uma figura aterrorizante e retaliadora, já em outro, era o objeto bom e amado, indispensável para Rita, que neste momento, via sua agressividade como um perigo para essa mãe que amava tanto. (KLEIN, 1945/1996)

Segundo Winnicott (2000), a ambivalência instaurada na mente do menino no período edípico, quando ele está apaixonado pela “esposa do pai”, revela o ódio em relação ao pai, aquele a quem também ama. Este doloroso processo poderá vir a ser bem sucedido, segue o autor, se for percorrido sobre a base de uma relação bem estabelecida com os pais, firme o suficiente para que o drama se desenrole sem que os protagonistas tenham receio quanto ao valor daquelas relações para todos os envolvidos.

O pai, agora visto pela criança como pessoa total, poderá estabelecer o obstáculo que redundará na castração simbólica, o que é um resultado melhor do que o duelo de vida e morte, fantasiado pela criança neste estado. Nesta circunstância, diz Winnicott (2000), o Complexo de Édipo representa um ganho em saúde.

No trabalho “A capacidade para estar só” publicado em *O ambiente e os processos de maturação*, Winnicott (1958) surpreende ao descrever a cena primária e deixa evidente que a experiência do triângulo edípiano, na criança sadia, é mais uma fonte que aproveita a sua força potencial para o amadurecimento do que uma vivência trágica. Diz ele no referido trabalho:

Pode-se afirmar que a capacidade individual de ficar só depende de sua capacidade de lidar com os sentimentos gerados pela cena

primária. Na cena primária uma relação excitante entre os pais, é percebida ou imaginada, e isso é aceito pela criança sadia e que é capaz de lidar com a raiva e aproveita-la para a masturbação. Na masturbação a responsabilidade inteira pela fantasia consciente e inconsciente é aceita pela criança, que é a terceira pessoa numa relação triádica ou triangular. Tornar-se capaz de estar só, nesta circunstância, significa a maturidade do desenvolvimento erótico, a potência genital ou a aceitação correspondente na mulher; significa fusão de impulsos e idéias agressivas e eróticas, e a tolerância da ambivalência; junto com tudo isso estará naturalmente a capacidade, por parte do indivíduo, de se identificar com cada um de seus pais. (Winnicott, 1958, p. 33)

Winnicott (2000) também fala da ambivalência ao discorrer sobre a importância dos pais nos primeiros meses de vida. A ambivalência dos pais em relação aos filhos nessa fase, “quando a hostilidade inconsciente é um fator importante, a criança sofre não apenas no momento, mas especialmente quando, aos 3 ou 4 anos, as grandes ansiedades levam à revivescência das situações precoces”.

Assim, revela um deslocamento dos conflitos em períodos muito precoces do desenvolvimento, demonstrando que os conflitos relativos ao complexo de Édipo poderiam ser mais bem compreendidos se levássemos em conta as experiências dos primeiros meses de vida.

3.2. Freud e a Teoria das Pulsões

A noção de ambivalência a ser trabalhada no tópico posterior ao relacionar gravidez e doença, é a de Freud (1913[1912]/1996, p. 33) em *Totem e Tabu*: “(...) uma relação ambivalente, composta de impulsos conflitantes afetuosos e hostis”. Portanto, trazer a teoria das pulsões de Freud nesta discussão sobre ambivalência é fundamental, tanto por retratar

esses impulsos conflitantes quanto para situar como Freud trabalhou esta questão.

Antes de entrar na teoria das pulsões é necessário falarmos um pouco do termo *Trieb*, palavra alemã, geralmente traduzida como pulsão ou como instinto, já que tal diferença de tradução tem influência direta no entendimento de tal teoria.

Segundo Gomes (2001, p. 249-250), a palavra *Trieb*, na língua alemã, pode ser usada em sentidos diversos, sendo que um deles é como sinônimo de *Instinkt*, instinto. Nas línguas latinas e também no inglês, instinto pode se referir tanto a impulso, como “força motivadora que opõe à razão e à reflexão”, quanto também pelo sentido de comportamento, conhecimento ou valor afetivo inato, dado pela hereditariedade, como um “medo instintivo” ou uma “capacidade instintiva”.

Gomes (2001, p.250) ressalta, agora baseando-se na obra freudiana, que a palavra *Instinkt* foi usada por Freud em diferentes contextos, mas nunca como sinônimo de *Trieb*. Quando tal termo era utilizado, era para se referir a um conhecimento ou significado inato, dado pela hereditariedade, em oposição a um conhecimento ou significado dado pela experiência individual.

Tais utilizações do termo por Freud podem ser verificadas na *Conferência 32* da “Nova Série de Conferências de Introdução à Psicanálise” de 1933 (1996) e em *Moisés e o Monoteísmo* de 1939[1934-38]/1996. Em ambos os casos, Freud utiliza o termo sem dar nenhum desenvolvimento teórico ao conceito.

O termo “pulsão” foi adotado, em português, segundo Gomes (2001), a partir do francês *pulsion*. Tal conceito foi revivido pela psicanálise e atualmente é o melhor correspondente ao termo dentro da psicanálise.

Em Freud, o termo “pulsão” aparece pela primeira vez no *Projeto para uma psicologia científica* de 1950[1895]/1996, propondo a idéia de que o sistema psi está exposto a quantidades de excitação provenientes do interior do corpo (estímulos endógenos), onde

encontra a mola pulsional do mecanismo psíquico. Ressalta que a vontade é o derivado das pulsões.

Neste artigo, Freud (1950[1895]/1996) ainda desenvolve a idéia de “período”, segundo a qual as qualidades percebidas na consciência viriam pela variação no ritmo e na freqüência das quantidades recebidas pelo aparato psíquico e, internamente, em trânsito. A pulsão seria, então, uma destas quantidades recebidas, mais especificamente, a que engendra o sistema e o alimenta por dentro. Nesse sentido, é bem mais do que uma noção psicológica apenas, mas uma noção ontológica, pois refere-se a própria natureza do psíquico.

Nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905/1996) nos ensina como o objeto da pulsão é contingente e como seus alvos são vários, sendo a pulsão sexual composta de várias pulsões parciais, notadamente a pulsão oral, anal e fálica.

Freud (1905/1996) acreditava que processos químicos estavam na base somática das pulsões sexuais, embora não estivesse em condições de indicar em quê estes processos se diferenciam dos não sexuais e qual a sua natureza.

Outra hipótese provisória na doutrina das pulsões, que não podemos omitir aqui, reza o seguinte: os órgãos do corpo oferecem excitações de duas classes, baseadas em diferenças de natureza química. A uma destas classes de excitação designamos como a especificamente sexual, e ao órgão afetado, como a zona erógena da pulsão parcial sexual que parte dele. (FREUD, 1905, p. 153)

Gay (1989/2004, p. 336) afirma que nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud nos mostra que o amor começa como uma auto-absorção narcisista e a seguir, subindo uma complexa escada de desenvolvimento, liga-se aos instintos sexuais para proporcionar um repertório considerável de gratificações. O ódio, complemento do amor como oposto e companheiro, oferece uma quantidade ainda maior de materiais para tal diversidade.

Ressalta, ainda, que a ambivalência, a coexistência na mesma pessoa de amor e ódio pelo mesmo objeto, é a condição mais natural e corrente. Desta forma, como os seres humanos parecem estar fadados a se mover entre opostos, o destino das pulsões acaba sendo determinado pelas tensões entre atividade e passividade, eu e mundo exterior, prazer e desprazer.

Em 1915, Freud nos traz uma nova formulação para pulsão: "(...) todas as pulsões são qualitativamente da mesma índole, e devem seu efeito somente às magnitudes de excitação que conduzem ou, quiçá, ainda a certas funções desta quantidade" (FREUD, 1915/1996, p. 119).

Gay (1989/2004) nos revela que Freud em 1920 com seu texto *Além do princípio do Prazer* nos surpreendeu com a descoberta de que, em tudo o que é vivo existe, além do princípio do prazer denominado Eros, um outro princípio, de que o que vive quer morrer de novo, ou seja, há nos seres não só pulsão de vida mas também pulsão de morte.

O princípio do prazer e o princípio da realidade colocam-se como oposição inicial, que na verdade é relativa, visto que o princípio de realidade pode ser entendido como uma modificação do princípio do prazer. É somente em *Além do princípio do prazer*, com a introdução da pulsão de morte como um princípio fundamental, que se coloca a verdadeira oposição entre esta última e o sistema do princípio do prazer. (GAY, 1989/2004)

Freud parece determinar uma energia própria para a pulsão de morte, para distingui-la claramente das pulsões sexuais cuja energia é a libido. Isso implica uma autonomia da destrutividade, que ficará em suspenso e só será colocada de maneira explícita em *O mal estar na civilização*, dez anos após o lançamento destas bases, onde diz: "a inclinação agressiva é uma disposição pulsional autônoma, originária, do ser humano" (FREUD, 1930/1996, p. 108).

A independência da pulsão de morte parece clara quando Freud retoma algumas posições anteriores a 1920 (1996) nas suas *Novas conferências introdutórias*, de 1933 (1996),

fazendo questão de frisar que esta dicotomia repousaria sobre considerações biológicas e assimilando a pulsão de morte à uma tendência a reconduzir o ser vivo ao inorgânico, o que implica colocar a pulsão de morte como secundária à pulsão sexual.

No artigo *Esboço de Psicanálise* (1940[1938]/1996), Freud retoma a sua forte tese sobre o dualismo, afirmando que as pulsões são a causa última de toda atividade, caracterizando-as no sentido de princípio geral do vivo, força genérica, indeterminada e impessoal.

Conforme a segunda classificação, as pulsões primordiais são duas: pulsão de vida (Eros) e pulsão de morte (Tanatos). Sua ação eficaz, conjunta ou contrária, “produz toda a variedade das manifestações da vida” (FREUD, 1940[1938]/1996, p. 147).

As pulsões sexuais visariam "produzir unidades cada vez maiores e, assim, conservá-las" enquanto que a pulsão de morte, ao contrário, teria como objetivo: "dissolver nexos e, assim, destruir as coisas do mundo". (FREUD, 1940[1938]/1996, p.178)

Neste momento Freud estabelece a analogia com a atração e a repulsão, duas forças básicas da mecânica clássica, e cita Empédocles de Agrigento (495-435 a.c.). A menção deste filósofo grego também pode ser encontrada em um trabalho anterior, *Análise terminável e interminável* (1937/1996), e de forma mais explícita, onde revela ter encontrado em um dos grandes pensadores da Antiguidade, Empédocles, sua teoria da pulsão de morte.

Empédocles explicava as diferenças entre as coisas do mundo pela mescla entre quatro elementos: terra, água, fogo e ar. Mesmo se tratando de uma “fantasia cósmica”, enquanto a das pulsões pretende “validez biológica”, para Freud, essa diferença perde grande parte de seu valor por Empédocles considerar o universo tão animado quanto o ser vivo singular. Para o filósofo, a alma do mundo e a dos seres vivos era regida por dois princípios, o amor e a discórdia. (FREUD, 1937/1996)

Freud, neste mesmo artigo, cita um comentador dos pré-socráticos que acabara de ler: “(...) são forças naturais de eficiência pulsional, de modo algum umas inteligências conscientes dos fins” (CAPELLE, W., 1935 in FREUD, 1937/1996, p. 247).

Empédocles concebe o processo do mundo como uma alternância continuada de períodos nos quais o amor triunfa sobre a discórdia e vice-versa. O amor quer aglomerar tudo, mas, pouco a pouco a discórdia se insinua e desagrega. No processo de desagregação, nascem as coisas singulares e suas formas, frutos da luta entre as forças, até que se chega a dispersão total. E o ciclo recomeça por obra do amor, em sentido contrário. (FREUD, 1937/1996)

Freud (1937/1996) encerra suas considerações sobre Empédocles dizendo que, se a pulsão de morte é o esforço para levar o vivo à condição de inerte, isso não significa necessariamente que uma pulsão análoga não tenha existido desde antes da aparição da vida.

Neste momento, podemos perceber que o pensamento de Freud permeava na afirmação de que na origem, haveria apenas uma pulsão entendida como força. Ele pesquisava sobre o psiquismo humano e, dentro deste campo, o conceito de pulsão designava uma força capaz de expressão psíquica, gerada continuamente pelo corpo vivo. Quanto à natureza básica desta força, o metapsicólogo, Freud declara:

O caráter impreciso de todas estas nossas elucidacões que chamamos metapsicológicas se deve, naturalmente, a nada sabermos sobre a natureza do processo excitatório nos elementos do sistema psíquico, e a não nos sentirmos autorizados a adotar uma hipótese a respeito dela. Assim, operamos continuamente com um grande X que transportamos para cada fórmula nova. (FREUD, 1920/1996, p. 30)

Garcia-Roza (1986) sugere que entendamos a pulsão como pura potência, dispersa e indeterminada. A determinação para o indeterminado das pulsões viria, não de sua fonte

corporal (o corpo pulsional), mas do aparato psíquico que, ao capturá-la, lhe dá uma direção. Assim, o sexual seria a forma ou a determinação que uma pulsão recebe, não o seu atributo.

Para Garcia-Roza (1986), o mesmo vale para cada pulsão parcial. Diferenciar pulsão oral da anal, etc., seria indicar a variedade das fontes pulsionais e não fixar uma diferença qualitativa entre elas. Desta forma, em si mesma, toda pulsão é uma potência dispersa sem determinação intrínseca. A determinação é dada na apreensão, ou se preferirmos, na inscrição desta força no psiquismo.

Garcia-Roza (1986) propõe, enfim, que o dualismo seja pensado como um dualismo de modos da pulsão, não de natureza. As diferenças qualitativas entre as pulsões viriam de seus modos de presentificação no psiquismo e não de uma diferença ontológica entre elas. De um lado, o aparato psíquico que ordena e organiza, do outro, o caos pulsional.

Desta forma, podemos verificar que as pulsões não são todas iguais, elas produzem efeitos diversos, tanto num mesmo indivíduo, quanto de um indivíduo para outro. Efeitos que se devem não apenas à rede de fantasias que a pulsão alimenta e na qual ela se inscreve, mas também a uma variação quantitativa das próprias pulsões.

Percebemos, assim, a profunda implicação da teoria das pulsões (uma teoria fundamental) com o horizonte ético da psicanálise. Por um lado, através da separação das pulsões e do instinto, e, por outro lado, a partir da divisão da pulsão em duas formas básicas (situando as pulsões sexuais e de autoconservação no interior da pulsão de vida), teremos Eros e Tanatos, não tanto como duas forças vitais governando o homem, mas como dois princípios que estruturam o homem: um princípio conjuntivo e um princípio disjuntivo.

Françoise Dolto (2004), assim como Freud, pensa que as pulsões que visam a realização de desejo são de vida e de morte. A autora revela que as pulsões de vida são

sempre ligadas a uma representação e podem ser ativas ou passivas. Já as pulsões de morte, não têm nunca representações nem ativas nem passivas, são vividas em uma falta de idealização, prevalecem durante o sono profundo e não implicam em desejo de morrer, mas de repousar.

Mezan (1990[1985]) afirma que a descoberta da pulsão de morte por Freud, diferentemente do que explicam diversas teorias, não é uma expressão de seu pessimismo e nem devido a fatores ocorridos na época, como a queda da monarquia dos Habsburgo, o fim do Império Austro-Húngaro ou a morte de sua filha Sophie.

O que é descoberto pelo tema pulsão de morte, segundo Mezan (1990[1985], p. 441), “é uma qualidade específica que define a pulsão como tal, a saber, sua tendência agressiva. Eis por que são os fenômenos de repetição que, em última análise, o conduzem a postular um ‘além do princípio do prazer’”.

Neste processo de descobertas sobre a pulsão, Mezan (1990[1985]) nos mostra que Freud nos ensina que se toda pulsão visa restaurar o estado de inquietude, sendo a quietude do inorgânico perturbada pela irrupção da vida, o retorno à quietude seria um retorno à não-vida. Assim, a pulsão seria um esforço para atingir a morte.

Torna-se necessário, então, a introdução de uma tendência de conservação da vida (Eros) em oposição à tendência regressiva (Tanatos). Neste jogo de atração e repulsão, a dualidade pulsão de vida/pulsão de morte se mostra como o fundamento da vida pulsional do ser humano.

Sob a forma da sexualidade e das tendências de autoconservação, a quase totalidade da vida anímica pode ser considerada como fruto das vicissitudes das pulsões de vida. Na concepção freudiana, estas correspondem tanto à preservação do organismo individual como à união do simples no múltiplo; a estas duas funções e expressões de Eros correspondem as duas noções de libido narcísica e libido objetal. (Mezan 1990[1985], p. 450)

Mezan (1990[1985], p.450) completa que as pulsões de morte, semelhante às de vida,

têm por finalidade “a destruição de si (no sentido estrito) e a destruição do que se apresenta como exterior ao indivíduo (surgindo então como agressividade)”.

Desta forma, conservação e destruição de si mostram uma formação de dois pares de correlatos que desenham a dialética Eros e Thânatos. Dialética que se define por tender ao mesmo tempo à conservação e à ampliação das unidades que opera, podendo cada uma das finalidades se opor à outra.

(...) cada movimento de Eros induz uma resistência interna dos elementos postos em movimento, resistência que se deve simplesmente ao caráter contraditório da exigência de coesão que lhe é inerente. Nesta brecha, penetram as pulsões de morte, pois a resistência à coesão pode ser também interpretada como tendência à desagregação. (Mezan 1990[1985], p. 452)

Mezan (1990[1985], p. 452), finaliza sua discussão sobre Eros e Thânatos afirmando que “esta dupla face do movimento pulsional encontra uma expressão adequada na noção de ambivalência”. Assim, ressalta o autor, Freud não deixa de demonstrar que mesmo nas relações mais intensas entre os seres humanos, no amor, nos interesses grupais, profissionais ou nacionais, o resíduo de hostilidade está sempre impregnado, demonstrando essa ambivalência.

Ao discorrer sobre a transferência negativa em seu artigo *A dinâmica da transferência*, Freud (1912/1996, p.117-8) revela que nas formas curáveis de psicose, a transferência negativa encontra-se ao lado da transferência afetiva, sendo dirigidas simultaneamente para a mesma pessoa. E diz: “Bleuler adotou o excelente termo ‘ambivalência’ para descrever esse fenômeno”.

Freud (1912/1996) afirma que uma ambivalência de sentimento deste tipo pode ser considerada como normal, mas em um grau mais elevado, se torna uma particularidade de pessoas neuróticas. Já nos neuróticos obsessivos, ocorreria uma separação antecipada destes

“pares de contrários” (pares de instintos).

Freud (1912/1996, p. 118) finaliza esta questão da ambivalência afirmando que esta “ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência”.

No caso dos paranóicos, onde a capacidade de transferência se mostra limitada a uma transferência negativa, não havendo a dupla polaridade, a possibilidade de influência ou cura se torna impossibilitada.

Strachey, no rodapé do artigo *Os instintos e suas vicissitudes* de Freud (1915/1996, p. 136), nos revela que Bleuler distinguiu três tipos de ambivalência: emocional, oscilação entre o amor e o ódio; voluntária, incapacidade para decidir quanto a uma ação; e intelectual, crença em proposições contraditórias, sendo que Freud emprega o termo, de forma geral utilizando o sentido emocional.

3.3. Maternidade e Ambivalência

Szejer e Stewart (1997) conceituam ambivalência como desejo de duas coisas contraditórias, incompatíveis, como desejar ter um filho e permanecer virgem, por exemplo. Para realizar um dos desejos, seria necessário renunciar ao outro.

A ambivalência faz parte do desejo, ela existe em cada um de nós inscrita na própria estrutura inconsciente e na linguagem. Na gravidez, a ambivalência pode gerar culpa, como no caso da mulher desejar um filho, mas questionar o porquê dele ter vindo agora e não em um momento mais propício. Estes questionamentos são demonstrados, muitas vezes, quando nos deparamos com depoimentos das mães dizendo que ficam muito culpadas e pedem

desculpas a seus filhos por pensarem que não o desejam neste momento.

Nos diversos contextos, mas em qualquer grávida, podemos verificar a ambivalência, mesmo que diferentes mulheres lidem de diferentes maneiras com a mesma. Szejer e Stewart (1997) afirmam que em algumas mulheres a ambivalência pode ser tão marcada que qualquer decisão precisa ser analisada, por sempre pesarem a situação contrária. Outras, mais “decididas”, tendem a recalcar intensamente essa ambivalência constitutiva.

Falar de ambivalência na gestação é falar de uma gama de sentimentos que se modificam diariamente na mulher grávida. O primeiro tipo de ambivalência encontrado neste período é o desejo ou não desejo materno, tema discutido no primeiro capítulo ao se falar da transitoriedade e necessidade de elaboração do luto ao lidar com tais ambivalências.

Retomamos esta discussão, destacando que mesmo que a mulher deseje muito a gravidez, ela pode ser tomada por um brusco desejo de não estar, de voltar atrás, de voltar a ser a filhinha de sua própria mãe, da mesma forma que quando estamos para iniciar uma viagem sonhada a meses, na hora da partida ficamos tentados a desistir.

Szejer e Stewart (1997) destacam que essas hesitações e desvios não significam, como diz a sabedoria popular, que a pessoa não sabe o quer. Mas revelam que somos seres humanos, seres de linguagem, capazes de desejar. Ser capaz de desejar é, acima de tudo, ser capaz de não desejar. A dificuldade está em termos que lidar o tempo todo com esses dois movimentos simultâneos.

No primeiro trimestre de gravidez, a mulher é tomada por um tipo diferente de ambivalência, o medo de perder seu bebê. Medo real, diante das ameaças de aborto comuns neste primeiro período. Nesse momento, a mulher é freqüentemente assaltada por uma angústia cuja origem ela não compreende e que, mesmo durante a noite, não a deixa em paz. Essas insônias, sem causa aparente, podem ser interpretadas como hipervigilância em relação ao bebê, devido ao medo de perda.

A reação de surpresa dos pais frente às primeiras imagens ecográficas é significativa, porque se constitui num momento de impacto emocional diante do estranho-familiar, como bem relata Caron (2000).

A mulher, durante a maternidade, está em uma condição especial, específica, onde ocorre um maior afrouxamento das defesas diante das intensas transformações físicas, fisiológicas e hormonais. Assim, as expressões inconscientes emergem mais facilmente neste momento. A sensação de desamparo se torna inevitável, já que seu corpo passa a ser palco de transformações ligadas à vida, à morte e às correspondentes conseqüências emocionais.

Embora acompanhada, ela deverá enfrentar esses sentimentos sozinha. Dentre estes, a ambivalência: mesmo reconhecida em todas as relações de objeto, o ódio deve ser sempre reprimido. Na situação específica da gravidez, o ódio da mãe pelo feto é inaceitável devendo ser mais profundamente reprimido porque esta relação de amor é idealizada e o feto que é, vulnerável, deve ser protegido. (Caron, 2000, p. 183)

A ambivalência é um sentimento da esfera do inconsciente. Por mais que possamos, conscientemente nos deparar com uma situação que nos faça optar entre um caminho e outro, o sentimento de ambivalência é anterior, ou é interligado, pois o que nos leva a senti-lo é algo reprimido, envolto de fantasias.

Desde suas origens, a psicanálise sempre se ocupou muito do material da fantasia. Laplanche e Pontalis (2000, p.13) já apontavam que, desde o caso inaugural de Anna O., Breuer não fez aparentemente outra coisa senão afundar no mundo das produções imaginárias da paciente a fim de “permitir uma catarse pelas vias da verbalização e da expressão emocional”. Para eles, fantasia, em alemão *Phantasie*, é o termo usado para designar imaginação, não tanto da faculdade de imaginar, mas o mundo imaginário e seus conteúdos.

As fantasias primitivas são retomadas na mulher grávida, fantasias de sua relação com o seio de sua mãe, dos cuidados maternos que sua mãe lhe proporcionava, suas relações

infantis com a vivência da maternidade. A mulher vivencia muitas fantasias antes recalçadas, ao se depararem com este momento de sua vida, em que, como foi dito anteriormente, ocorre uma baixa de defesas e tudo acaba sendo vivenciado mais à flor da pele.

Segundo Caron (2000), quando o narcisismo, a onipotência e a ambivalência não são muito intensos e podem ser elaborados, a grávida tenderá a alcançar, gradativamente, uma discriminação e separação do feto, aceitando frustrações, diferenças e a singularidade de cada um.

Grávidas com estruturas mais flexíveis, menos egocêntricas, com fantasias menos fixas e menos rígidas, são mais permeáveis às informações e à realidade, e, desta forma, acabam por aceitar mais facilmente o seu bebê, com suas características próprias.

Com a discriminação, a separação, o parto, a aceitação das diferenças, do sexo do bebê, de sua individualidade, afirma Caron (2000, p. 194), certamente, a mãe favorecerá ao seu bebê uma estrutura psíquica mais saudável e mais autêntica. Neste contexto, é natural que a estruturação psíquica do bebê construa-se simultaneamente à reestruturação dos pais.

Segundo Parker (1997), a ambivalência materna é uma experiência compartilhada de diferentes formas por todas as mães, na qual coexistem, lado a lado, em relação aos seus filhos, sentimentos de amor e ódio. O sentimento de uma mãe face à condição materna – ou os significados que a condição possa ter para ela – é fortemente determinado por tais representações culturais de maternidade.

Parker afirma que estas representações estão se tornando mais estáticas e idealizadas à proporção que aumenta a mobilidade da vida das mulheres. Porém, elas não são apenas impostas às mães, todos nós ajudamos a mantê-las.

Ser mãe inevitavelmente envolve o fazer frente as dissonâncias e disjunções entre a experiência vivida da condição materna e os ideais, às vezes contraditórios, e contudo prescritivos ou normativos, que medeiam a maternação. (Parker, 1997, p. 18)

As mães, desta forma, conseguem e não conseguem, ao mesmo tempo, fornecer umas às outras reflexos reconfortantes e um refúgio seguro numa sociedade ainda mais crítica em relação às mães do que as próprias em relação a si mesmas.

Parker (1997) ressalta que as mães acabam por procurar umas nas outras a “absolvição” para as emoções maternas, muitas vezes tornadas inaceitáveis pelas representações culturais que predominam acerca da maternidade. Emoções, estas, que as próprias mães acabam por vivenciar como dolorosas e imperdoáveis.

A autora completa que as raízes mais profundas deste sentimento de culpa vivenciado pela mulher grávida situam-se na experiência e no manejo da ambivalência. O que entra em foco é a maneira como amamos e odiamos nossos filhos.

Parker (1997) cita o romancista Fay Welton (1994) concordando com suas afirmações de que as crianças despertam sentimentos positivos e negativos tão fortes que a mãe é forçada a reconhecer a sua própria face ruim, além de sua própria capacidade de amor e apaziguamento.

Diferentemente do contexto de ambivalência como sendo sentimentos misturados, o proposto pela psicanálise, como vimos anteriormente, é o de que sentimentos e impulsos contraditórios coexistem em relação à mesma pessoa. O positivo e o negativo, desta forma, situam-se lado a lado e permanecem em oposição.

Klein (1963/1991, p.341-2) afirma que “A integração plena e permanente não é possível jamais pois alguma polaridade entre os instintos de vida e morte sempre persiste e permanece sendo a fonte mais profunda do conflito”.

Os textos de Melanie Klein podem ser especialmente úteis para a reflexão sobre ambivalência materna. Em 1940 em *O luto e suas relações com os estudos maníaco-depressivos*, Klein (1996) enfatiza que a ambivalência não é uma condição estática, já que a

polaridade do amor e do ódio permanece constante, são as relações entre ambos que se modificam. As etapas de unificação descritas pela autora neste texto, demonstram a atenuação do ódio pela ação do amor e, portanto, um processo geral de integrações.

Em 1963 (1991) no artigo *Sobre o sentimento de solidão*, Klein relata que embora acreditasse num processo pelo qual se pode estabelecer a predominância do amor sobre o ódio, uma integração plena jamais será possível. No curso do desenvolvimento normal é alcançado um relativo equilíbrio entre o amor e o ódio e diversos aspectos dos objetos chegam a ficar mais unificados.

Porém, as experiências mais específicas podem perturbar o equilíbrio e intensificar o conflito entre amor e ódio, aumentando o ódio e provocando assim um enorme sentimento de culpa e muita angústia, com as defesas próprias de cada condição.

Parker (1997) nos mostra que as experiências específicas da maternidade produzem inevitavelmente flutuações da intensidade do sentimento presente na ambivalência. Isso vem confirmar a idéia anterior mostrada pela autora de que a ambivalência materna não é estática, mas sim uma experiência dinâmica de conflitos entre as flutuações sentidas pela mulher grávida em diferentes etapas do desenvolvimento da criança. Sendo ainda variável de uma criança para outra.

A ambivalência, neste contexto, em si mesma, não é ponto mais significativo. O problema centraliza-se no modo como uma mãe irá administrar a culpa e a angústia provocadas pela ambivalência.

Klein⁴ considerava que a ambivalência tem um papel positivo a desempenhar na vida mental, como uma 'defesa contra o ódio'. Postulo que é justamente na própria angústia da ambivalência materna que reside uma relação frutífera para mães e filhos. (Parker, 1997, p.

⁴ Klein, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945**, 1935/1996.

Parker (1997) nos traz, ainda, dois autores fundamentais dentro da teoria psicanalítica e suas definições sobre ambivalência, muito pertinentes neste contexto da maternidade: Bion e Ferenczi.

Ela relata que segundo Bion⁵, além do conflito entre amor e ódio, trava-se na mente um choque decisivo entre o desejo de compreender e a aversão ao conhecimento e à compreensão. No que tange à maternidade, ele considera que o conflito entre o amor e o ódio incita as mães a lutarem no sentido de compreender e conhecer seus bebês.

Sándor Ferenczi⁶, o segundo autor citado, é um dos pioneiros da psicanálise e considerava que o papel do desempenho pela frustração na produção da ambivalência era o elemento que levava à consciência expandida.

As coisas que sempre nos amam, ou seja, que satisfazem constantemente todas as nossas necessidades, não as percebemos como tal; nós simplesmente gostamos delas como sendo parte de nosso ego subjetivo; as coisas que nos são e sempre foram hostis, nós simplesmente as negamos; mas há aquelas coisas que não se submetem incondicionalmente a nossos desejos, às quais amamos por nos trazer satisfação, e odiamos por não se submeterem a nós em tudo, atribuímos marcas mentais especiais, vestígios de lembranças dotados de subjetividade e ficamos felizes quando os encontramos novamente na realidade, i. e., quando somos capazes de amá-los mais de uma vez. (Ferenczi (1926) cit. in Parker, 1997, p. 25)

Parker (1997) justifica a citação acima dizendo que a maternidade é governada pela frustração. Esta produz ambivalência, que por sua vez promove a consciência, o conhecimento e o senso de realidade em relação ao eu e à criança.

Porém, o que podemos verificar é que Parker (1997) propõe que os conflitos gerados

⁵ Citação retirada pela autora de Hinshelwood, R. D. Dicionário do pensamento kleiniano, 1992.

⁶ Ferenczi, S. The problem of acceptance of unpleasant ideas – Advances in Knowledge of the sense of reality. In **Further contributions to the theory and technique of Psycho-analysis**, 1926, p. 371.

pela ambivalência materna são potencialmente criativos. Entretanto, as pressões externas geram sentimentos de culpa nestas mães, o que se converte em vergonha.

Não pode existir uma resposta única para as questões referentes à maternidade, já que não existe uma vivência única da maternidade. Questionar o ser mãe remete a interações complexas da realidade interna e externa, onde a ambivalência está nos sentimentos de amor e ódio que caminham lado a lado por este filho.

Parker (1997) reafirma que o sentimento de culpa vem na sua maioria através da ambivalência materna. A mudança no como ser mãe pode mudar repentinamente, dependendo do que é posto culturalmente. O partilhar, expressar e comparar modos de agir, servem como uma afirmação de ser mãe (negativo ou positivo) dependendo do eu e das relações. A ambivalência está no amar e odiar a mesma criança, se sentindo dividida.

O ideal de maternidade, em termos culturais, consolida-se na unidade mãe e filho. Existe a expectativa de que esta unidade mãe/bebê satisfaça e realize o desejo da mulher. Tanto o ideal cultural de maternidade como os momentos apontados pelas mães como ideais, são modos de negar a ambivalência, e ao mesmo tempo promovê-la. A culpa, dificilmente é assumida e ela acaba por deslocar toda a hostilidade para si mesma, podendo resultar em depressão.

Saber lidar com esta ambivalência, com a culpa, com os mais diversos sentimentos gerados por esta ambivalência é o desafio principal destas mulheres e ao mesmo tempo reflete o que podemos chamar de ideal para que estas mães vivenciem a maternidade de uma maneira mais prazerosa e menos angustiante, resultando, assim, em um bom vínculo materno e uma relação saudável com seu bebê.

CONCLUSÃO

Este trabalho se iniciou com uma proposta de refletir sobre a maternidade, as angústias e fantasias vivenciadas quando se espera um bebê e quando se está com uma doença como a Toxoplasmose, e ainda, a ambivalência de lidar com sentimentos opostos e conflituosos.

Conclusões, no sentido preciso do termo, sobre este trabalho, não é possível demonstrar. A tentativa, com esta discussão, foi de trazer as vivências com as gestantes na clínica para, então, levantar maiores questionamentos, e não buscar respostas prontas.

Procuramos fazer uma “viagem” pela maternidade, diferenciando mãe, de maternagem e feminilidade, conceitos que se misturavam dentro do contexto da mulher e que precisavam ser conceituados dentro deste contexto da mulher grávida.

Vimos que ser mãe não é o mesmo que vivenciar a maternidade; maternidade não é o mesmo que maternagem; desejar ser mãe não é sinônimo de desejar um filho. Ter um bebê dentro do seu útero durante nove meses, pode ser vivenciado de diversas maneiras por diferentes mulheres. Mas ser mãe, no sentido de maternagem, vimos que envolve novos aspectos: não é apenas ter um bebê, mas ser alguém para esse bebê, alguém que cuida, ama, protege, ampara.

Encontramos a mulher inserida em diferentes contextos, mas principalmente pudemos perceber que a vivência da maternidade se deu de forma diferente dependendo do contexto histórico em que estavam inseridas e o quanto tal contexto era determinante para a mulher. O que justifica o porquê de muitos medos, angústias, expectativas, dificuldades e mudanças que envolvem a espera de um filho.

Nos pautamos na premissa de que a maternidade é algo construído internamente antes mesmo da concepção e está intimamente ligada ao social. Após situarmos que a mulher atual não pode ser definida com um único perfil, por vivemos um século de diferentes mulheres,

ressaltamos a importância de pensar no desejo e no não desejo materno e o quanto a vivência saudável da maternidade implicaria em uma relação com este desejo, mesmo que por vezes se mostrasse tão ambivalente.

Procuramos mostrar não um modelo ideal de vivência da maternidade, mas o que existe de comum, em diferentes mulheres, nesta vivência. Ressaltamos, então, que uma relação saudável desta maternidade, envolveria a necessidade de elaboração de diferentes lutos, no sentido de que, ao nos depararmos com diversas perdas de diferentes objetos libidinais, sendo cada etapa sofrida de forma angustiante exatamente por se tratar de uma perda significativa, seria necessário um processo para elaborá-la.

A gravidez envolve uma transição que faz parte do processo natural de desenvolvimento, mas que implica em uma necessidade de reestruturação e ajustamento em várias dimensões, o que nos faz perceber o quanto este momento é marcado pela transitoriedade. Desta forma, uma transição “adequada”, no sentido de ser vivenciada de forma espontânea e elaborando lutos, facilitaria o encontro desta mãe com seu bebê.

Durante este período gestacional, modificações fundamentais precisam se dar no narcisismo materno, de modo a permitir a criação do espaço, não só em seu corpo, mas também em seu psiquismo. Num primeiro momento, o bebê pode ser percebido como um invasor, mas por outro lado, o tempo cronológico da gravidez é necessário para a elaboração do bebê como tal, num processo de percepção do feto como um “outro”.

A construção de um eu antecipado para o bebê, não só carrega a marca do desejo materno, mas este desejo é fundamental para constituí-lo enquanto sujeito. Antecipar este bebê não significa que o bebê real coincidirá com o bebê da fantasmática, mas aproxima a mãe deste encontro com o “estranho”, tornando-o menos angustiante.

Compartilhar as vivências emocionais destas gestantes, as viagens empreendidas pelo campo da maternidade, buscando a interlocução entre a psicanálise e a terapêutica que, por

ventura, tenha nascido nestes nossos encontros, foi um desejo e se tornou uma realização.

O contato com as gestantes no *Instituto de Diagnóstico e Pesquisa da APAE de Goiânia* foi tão rico a ponto de suscitar tantos questionamentos, mas principalmente serviu de base para buscarmos compreender a gestante inserida em outro contexto, o do adoecimento.

O atendimento a estas gestantes em um ambiente de saúde, por se tratarem de gestantes doentes, com Toxoplasmose, implicava trabalhar com uma demanda: de que tais mulheres precisavam compreender, aceitar, aderir, ou seja, lidar com esta doença e com a possível consequência que esta doença poderia trazer a este bebê.

Assim, sentimos a necessidade de situar este atendimento neste contexto da saúde, sem desvencilhar-nos da clínica psicanalítica. São gestantes doentes, que precisam de orientações, mas principalmente são mulheres visivelmente angustiadas, com sentimento de culpa, medo, raiva, fragilizadas, que necessitam de um olhar para além deste contexto médico em que estão inseridas.

Procuramos, primeiramente, situar a clínica psicanalítica nos moldes freudianos. Levantamos o questionamento do lugar da psicanálise em atendimentos de curta duração, para, então, destacar o quão importante este atendimento clínico, com este olhar e esta escuta psicanalítica, é um diferencial para estas mulheres.

Trouxemos um fazer psicanálise em um sentido de uma tomada de posição, pensando o analista em qualquer espaço que se tome a posição de uma escuta analítica, acreditando na fala do paciente como expressão do inconsciente. Escuta e olhar que foram fundamentais para o trabalho com estas mulheres inseridas neste contexto tão próprio: maternidade e adoecimento.

Dissecar a doença Toxoplasmose, no sentido de trazer em termos médicos todo o contexto da doença, modo de transmissão, condutas médicas necessárias, implicações possíveis desta doença, o que pode causar no bebê, foi de suma importância para justificar a

preocupação, o medo, a angústia e as fantasias que envolvem a gestante que se encontra nesta condição.

O encontro com estas gestantes, desde o primeiro contato, gerou um questionamento que se tornou base para este trabalho: Como é para a mulher lidar ao mesmo tempo com a chegada de um bebê e com possibilidade de doença desse bebê?

Neste contato com estas mulheres pudemos perceber que ter que lidar com todas as mudanças corporais, sociais e psíquicas, própria da gravidez, e, ainda, com a possibilidade de doença em seu bebê acabava por gerar muita ambivalência de sentimentos.

Fez-se necessário, então, discutir a questão da ambivalência em uma tentativa de fechar este círculo que, neste momento, ainda encontrava-se aberto. O termo ambivalência encontrado na psicanálise veio casar com esta vivência de sentimentos opostos e conflitantes destas gestantes. Mas esta discussão não vem como uma resposta a tal questionamento, mas como uma das formas de visualizar este encontro de condições.

Outros questionamentos foram surgindo no decorrer deste trabalho, outros caminhos puderam ser vislumbrados. Diferentemente de um fechamento, gostaríamos de propor a abertura de uma discussão que se mostrou pertinente e importante, por se tratar de um momento fundamental da vida de qualquer pessoa, se pensarmos que nesta fase está ocorrendo um nascimento psíquico, um ser humano está sendo gerado e este início é a base de sua vida futura.

Referências Bibliográficas

ALONSO, S. L. Psicanálise/ psicoterapia: as ondulações do campo da prática psicanalítica. *Psyquê*, São Paulo, ano IV, n. 5, p.17-28, dez. 2000.

ARAGÃO, R. O. de. Narcisismo materno e criação do espaço psíquico para o bebê. In: ARAGÃO, R. O. de (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 91 p. (Coleção 1ª infância).

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

_____. **História da morte do ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA, A. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

CARON, N. A. (Org.). **A relação pais-bebê**: da observação à clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CELES, L. A. Nascimento psíquico. In: ARAGÃO, R. O. de (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 41 p. (Coleção 1ª infância).

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2002.

COLL, C; PALACIOS, J; MARCHESI, A. (Orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação**: psicologia evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 1 v.

CORDEIRO, J. D. **A saúde mental e a vida**. 2. ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1987.

CRAMER, B. **Profissão bebê**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

CRENPIN, G. **A clínica precoce**: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção 1ª infância).

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2006. 223 p.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

DUTRA, F. G. Qual é o bebê do psicanalista? In: ARAGÃO, R. O. de (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 113 p. (Coleção 1ª infância).

ECOGRAFIA morfológica. **Clínica Segir**, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.segir.com.br/ecografiamorfologica.asp>>. Acesso em: 01 Mar. 2007.

FALCI, M. K. Mulheres do sertão nordestino. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2006. 241 p.

FARIA, C. Aspectos psicológicos da infertilidade. In: CANAVARRO, M. C. **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A., et al. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 442-449, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2006.

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. I. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1950[1895]/1996.

_____. O método psicanalítico de Freud. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1904[1903]/1996.

_____. Sobre a psicoterapia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1905[1904]/1996.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. VII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1905/1996.

_____. A dinâmica da transferência. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1912/1996.

_____. Totem e tabu. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1913[1912]/1996.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.

_____. Sobre a transitoriedade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1916[1915]/1996.

_____. Luto e Melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1917[1915]/1996.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XVII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1919[1918]/1996.

_____. O estranho. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XVII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1919/1996.

_____. Além do princípio do prazer. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XVIII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1996.

_____. Uma breve descrição da psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIX. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1924[1923]/1996.

_____. Algumas considerações psicológicas da diferença anatômica entre os sexos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol.

XIX. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1925/1996.

_____. O mal-estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXI. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

_____. Ansiedade e vida instintual . Conferência XXXII. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1933[1932]/1996.

_____. Feminilidade. Conferência XXXIII. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1933[1932]/1996.

_____. Análise terminável e interminável. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1937/1996.

_____. Moisés e o monoteísmo. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1939[1934-38]/1996.

_____. Esboço de psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1940[1938]/1996.

GARCIA-ROZA, L. A. **Acaso e repetição em psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

GAY, P. **Freud: Uma vida para o nosso tempo**. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GOMES, G. Os dois conceitos freudianos de Trieb. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Apr 2007. Pré-publicação.

GREEN, A. A mãe morta. In: **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1980/1988.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do Pensamento Kleiniano**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1926/1996, pp. 152-163.

_____. Personificação no brincar das crianças. In **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1929/1996, pp. 228-239.

_____. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1935/1996, pp. 301-329.

_____. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1940/1996, pp. 385-412.

_____. O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In **Amor, culpa e reparação**: e outros trabalhos 1921-1945. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1945/1996, pp. 413-464.

_____. Sobre o sentimento de solidão. In: **Inveja e gratidão**: e outros trabalhos 1946-1963. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1963/1991, pp. 340-354.

_____. Os efeitos da angústia sobre o desenvolvimento da menina. In **A psicanálise de crianças**. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1932/1997.

_____. **A psicanálise de crianças**. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KLEIN, M.; RIVIERE, J. **Amor, ódio e reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

LACAN, J. **Escritos**: O estágio do espelho como formador da função do eu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LIAO, A. W. Avanços em medicina fetal e diagnóstico pré-natal. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. de S. A. **Pré-natal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MACHADO, T. R. S. A efetividade da assistência pré-natal e os benefícios materno-fetais. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. de S. A. **Pré-natal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARTINS, C. Toxoplasmose na gravidez. **Rev. Port. Clin. Geral**, Lisboa, v. 18, p. 333-340, set/out. 2002. Disponível em: <<http://www.publisaude.com/rpcgPdfs/2002/SetOut02/n5v18333.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2006.

MEIRELLES, C. C. A psicanálise na instituição de saúde. **Percurso**: Revista de Psicanálise, São Paulo, ano XVII, n. 33, p. 109-114, 2. sem. 2004.

MERCADANTE, F. S. M.; WONGTSCHOWSKI, E.; LABAKI, M. E. P.; GURFINKEL, A. C. Debate: A clínica psicanalítica nas instituições. **Percurso**: Revista de Psicanálise, São Paulo, ano XV, n. 30, p. 107-116, 1. sem. 2003.

MEZAN, R. **Freud, pensador da cultura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990(1985).

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997.

QUEIROZ, T. C. da N. **Do desmame ao sujeito**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção 1ª infância).

RAMOS, C. B.; BRIZOT, M. de L. Procedimentos diagnósticos fetais: indicações, consequências e efeitos colaterais. In: ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. de S. A. **Pré-natal**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ROSS E.K. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

SÁ, E. (Org.). **A maternidade e o bebê**. Lisboa: Fim de século, 1997.

SALES, L. M. M. Entre o fascínio e o horror: um estranhamento na clínica mãe e bebê. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 64-79, 2000.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAI-CAMON, V. A. **e a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira, 1998, pp. 147-176.

SERRURIER, C. **Elogio às mães más**. São Paulo: Summus, 1993.

SOIHET, R. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2006. 362 p.

SOUZA-DIAS, T. G. **Considerações sobre o psiquismo do feto**. 2. ed. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

SPALDING, S. M., et al. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em município do Rio Grande do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n. 4, p. 483-91, jul/ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2006.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIANA, T. de C. **A comédia humana, cultura e feminilidade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

WENDLAND, J. A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-56, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Out. 2006.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1958, pp.31-37.

WINTER, T. R.; DUVIDOVICH, E. (Org.). **Maternagem**: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.