

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

(Re)fluxo de emoções

**Considerações acerca das (im)possibilidades do encontro de uma dupla
mãe-bebê**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do grau de Psicóloga, sob orientação da Prof^a Dr^a. Milena da Rosa Silva e coorientação da Prof^a Dr^a. Giana Bitencourt Frizzo.

ANDRESSA MILCZARCK TEODÓZIO

PORTO ALEGRE

2016

Agradecimentos

Falando de inícios, como a abordagem tratada aqui, não tenho como começar os meus agradecimentos que não seja aos meus pais: vocês foram as pessoas que me cuidaram e me apresentaram o mundo. Justamente por isso é que me sinto capaz de exercer a profissão que escolhi. Às minhas irmãs também agradeço por me acompanharem durante todos esses anos. À minha tia Simone pelo vínculo que temos.

Agradeço à Milena, minha orientadora, por me acolher nas mudanças de planos e pelo olhar acolhedor e sensível que teve ao me orientar. À Giana agradeço por ter participado como supervisora e coorientadora. Esse trabalho tem um significado muito especial para mim, pois foi onde comecei e onde encerro esse ciclo da graduação. Não por acaso com vocês! Nossas trocas foram imprescindíveis para a construção da psicóloga que agora me torno... Espero que nossos caminhos ainda se cruzem!

À comentadora do trabalho, Renata Lisbôa, por escutar meu trabalho e aceitar meu convite por dividir esse momento.

À parceira de atendimento desse trabalho, Luísa, por ter embarcado comigo nesse universo primitivo que nem sabíamos onde daria. Obrigada pelas inúmeras trocas. Que venham muitas outras!

Agradeço a todos os grupos de pesquisa que fiz parte, especialmente ao grupo da Prof. Giana, onde fiz algumas amizades que carrego comigo.

Às colegas e amigas: Duda, Jéssica e Gabi. Obrigada por juntas dividirmos as angústias e alegrias do curso de psicologia e por termos nos acompanhado desde o início. Que seja da UFRGS pra vida agora!

À psicóloga Mara Lúcia Rossato que me apresentou um mundo clínico que fez meus olhos se encantarem. Lembra que queria mudar o mundo? O meu com certeza foi mudado...

À equipe do ITIPOA que fez desse último ano de graduação um ano muito especial.

À amiga Carolina Ongaratto, por todos anos de amizade. Obrigada por me mostrar o que é o significado de uma amizade em tempos líquidos!

Aos pacientes que tive durante os anos de estágio. Fica aqui meu agradecimento por confiarem e por dividirem aspectos tão íntimos de vocês comigo. Em especial, agradeço à A. e B. por terem me proporcionado o (re)fluxo de sentimentos do início de um encontro, de uma vida...

Por fim, mas não menos especial, agradeço à minha psicóloga. Obrigada por me ajudar a trilhar um trajeto com mais sentido, menos certezas... trocas!

“Percebi que o único meio de conseguir fotografar aquela tartaruga seria conhecendo-a; eu precisava me adaptar a ela. Então, me fiz tartaruga: fiquei agachado e comecei a caminhar na mesma altura que ela, com palmas e joelhos no chão (...) Levei um dia inteiro para conseguir me aproximar dessa tartaruga. Um dia inteiro para fazê-la compreender que eu respeitava seu território.”

Sebastião Salgado (2013)

Da minha terra à Terra

Sumário

Introdução.....	6
O desenvolvimento emocional primitivo.....	8
Preocupação materna primária.....	11
O amadurecimento pessoal.....	13
A dependência absoluta.....	14
Comunicação silenciosa.....	17
Considerações acerca das (im)possibilidades da dupla.....	19
Considerações finais.....	28
Referências.....	29

Introdução

Nenhuma mulher nasce mãe, ela se torna mãe. De acordo com Cramer (1993), o encontro com o bebê, ao nascer, é um acontecimento único na experiência humana. Em alguns instantes os pais são obrigados a se unir a um desconhecido e o desconhecido pode ser fonte de angústia. A maternidade, no jargão comum, é uma fase em que se espera que se tenha só felicidade. Ainda hoje, há uma idealização e um certo romantismo envolto à maternidade. Entretanto, este também pode ser um período difícil para o vir-a-ser-pai ou vir-a-ser-mãe, pelo fato de poderem reencontrar aquilo que, enquanto filhos, receberam de seus próprios pais e de se deparar com o bebê que foram um dia. Winnicott (1982, p.19) nos diz que

“A vida de uma mulher modifica-se, de muitas maneiras quando ela concebe um filho. (...) No princípio, pode facilmente acontecer que ela se ressinta desse fato, já que poderá vislumbrar, com demasiada clareza, a terrível interferência na sua própria vida que isso significa. O que ela vê é a pura realidade, e seria tolice pretendermos negá-lo.”

Partindo das concepções de D. W. Winnicott, o encontro ideal da dupla mãe-bebê é marcado pelo período de preocupação materna primária, vindo por parte da mãe, com a etapa de dependência absoluta do bebê, primeiro estágio do desenvolvimento emocional primitivo. É, principalmente, na etapa da dependência absoluta que o mundo começa a ser apresentado ao bebê e é importante atentarmos para a maneira que isso ocorre. Com isso, ressalta-se a importância de reflexões para este tema por encontrar na clínica pacientes com inícios de vida tão prejudicados, justamente por esse encontro não ocorrer de forma necessária para o desenvolvimento do bebê e do futuro adulto.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é entender de que forma se dá, idealmente, o encontro da dupla mãe-bebê, ou seja, o encontro do processo de preocupação materna primária, que se espera que ocorra com a mãe, e a etapa de dependência absoluta do bebê, maneira pela qual o bebê chega ao mundo, ambos vistos a partir da teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal. À luz do caso clínico, buscar-se-á entender como foi para esta dupla esses momentos, já que seu encontro vinha marcado por significativas impossibilidades.

Assim, A.¹ buscou o serviço de atendimento pais-bebê da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que tem por objetivo realizar atendimentos aos pais e mães com dificuldades emocionais relativas à parentalidade e às famílias com crianças de até 3 anos de idade. A procura, geralmente, acontece em função dos sintomas psicofuncionais dos bebês, como por exemplo dificuldades de sono, alimentação, choro excessivo, entre outros. Na ocasião em que A. procurou o serviço estava sendo oferecido um grupo de atendimento a mães deprimidas com bebês de até um ano de idade. A partir disso se realizou uma avaliação com A. e seu bebê e, devido a impossibilidades de seguir no horário do grupo, A. seguiu em atendimento de dupla mãe-bebê e não em grupo, como a proposta oferecida inicialmente.

Quando A. chegou para o atendimento, com proposta de trabalho na relação mãe-bebê, falou que gostaria muito de ajuda para tirar a carteira de motorista, o que estava há algum tempo tentando sem obter resultados positivos. Relatou não saber o que acontecia na hora da prova com o avaliador. A. teve muitas mudanças em sua vida com a gestação. Referiu não saber que encontraria a maternidade da forma como se deparou, mas antecipava que esta seria difícil. Ainda na gestação, sofreu um acidente em que houve descolamento de placenta e, imaginou que devido a este motivo, não conseguiu ter parto normal, o qual era seu desejo. Com isso, de acordo com ela, também veio a impossibilidade de amamentar, o que era algo que no seu imaginário ocorreria tranquilamente. Não queria filhos até uma certa idade, não se imaginava mãe. Porém, em um relacionamento há mais ou menos 10 anos, onde o seu esposo queria filhos, decidiram tentar engravidar, mas não imaginou que viria tão rápido: *“Eu fui na minha médica e ela disse que demoraria um tempo pra eu ficar grávida porque eu sempre tomei pílula. Eu parei de tomar e fiquei grávida no primeiro mês. Eu não achei que viria tão rápido.”*

Quando os pais descobriram o sexo do bebê começam as discussões acerca do nome deste vir-a-ser bebê. O nome escolhido por mãe e pai é um nome carregado de significado. O significado do nome escolhido é guerreiro, filho da guerra e teve relação com o significado de um personagem histórico que iniciou uma revolução e ficou bastante conhecido por isso. O nome de A. também é carregado de significados:

¹ Utilizo a letra A. para referir a paciente a fim de respeitar a confidencialidade do caso trabalhado.

descendente da guerra, donzela guerreira. Não foi por acaso a escolha desses nomes. Entendemos, a partir de supervisões clínicas, a ligação que tinham, inconscientemente, esses nomes, e para além disso: a ligação com esse (des)encontro de mãe e bebê. O período do puerpério para essa dupla estava uma verdadeira guerra que aparecia até mesmo em forma de tapas, puxões de cabelo, momentos em que extrapolavam para o corpo algo que não estava bem psiquicamente e relacionalmente. Aparentemente, como resposta à agressão e à indisponibilidade materna, o bebê mordida sua mãe, mas havia marcado algo diferente: uma esperança. Talvez uma esperança de ser olhado, de ser cuidado como necessitava e até mesmo algo ao encontro do significado de seu nome: Guerreiro. Guerreiro contra a própria guerra que estava imposta e que teve a possibilidade de ser entendida de outra forma através do processo do encontro terapêutico.

O desenvolvimento emocional primitivo

A teoria de D. W. Winnicott deteve-se, principalmente, nas relações iniciais do bebê com sua mãe, tendo forte base teórica em todo primeiro ano de vida do bebê, cujo período é extremamente importante para o desenvolvimento psíquico. Winnicott (1982, p.99) aponta:

“Não existe tal coisa chamada bebê”, significando com isso que se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo um bebê e alguém. Um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação.”

Não existe tal coisa chamada o bebê porque ele não pode ser independente a partir do momento em que nasce. O bebê não existe sem a presença da mãe ou de alguém que esteja efetivamente devotado a ele e que atenda adequadamente todas as suas necessidades psíquicas e corporais no momento inicial de vida. À vista disso, Winnicott (1982) indica que no início a mãe é o bebê e o bebê é a mãe, um a extensão do outro. Nesse sentido que o bebê é a partir da relação e ambos são uma unidade. Existe, por parte do bebê, uma tendência inata à integração, mas que não é algo automático ou que acontece simplesmente com a passagem do tempo ou com o nascimento. Winnicott (1982) traz a ideia de que todo ser humano é dotado de uma tendência ao

amadurecimento. Apesar dessa tendência ser inata ao bebê, ela não é determinada, o que significa que o bebê depende da presença de um ambiente facilitador que disponibilize cuidados a ele suficientemente bons. Nenhum bebê pode vir a ser uma pessoa real, a não ser sob os cuidados de um ambiente que sustente e que facilite os processos de amadurecimento. Dias (2008), a partir das ideias de Winnicott (1945), destaca que o bebê é dependente fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador, o qual forneça os cuidados suficientemente bons a ele nesse período tão inicial e primitivo de vida. De acordo com a autora, isso se dá pela resolução de três tarefas nas quais o bebê encontra-se envolvido: a integração no tempo e no espaço, o alojamento gradual da psique no corpo e o início das relações objetais, ou seja, do contato com a realidade externa.

O termo integração é usado para denominar a tendência inata ao amadurecimento e para as integrações parciais que, gradualmente, vão ocorrendo a partir do estado não-integrado. De acordo com Dias (2003), não há sentido de realidade possível fora de um espaço e de um tempo. Sendo assim, não existe indivíduo se não há uma memória de si mesmo. Desde a vida intrauterina, o bebê habita um mundo que é parte da mãe: sua respiração, seu cheiro, seu tom de voz, por exemplo, e essas já são algumas marcações no tempo. No início, o bebê habita em um mundo subjetivo e é necessário iniciá-lo no tempo e no espaço cuidando que esse tempo e espaço sejam também subjetivos. Quando nasce, o bebê não sabe da existência da mãe, mas sente os efeitos da sua presença e com isso se cria uma memória dessa presença. É importante que haja a continuidade da presença, que se instala a partir da experiência repetida de presença, permanência e continuidade dos cuidados que chegam ao bebê. Assim é que os primeiros registros vão sendo formados. Como exemplo disso, Dias (2003, p. 198) destaca: “A mãe que é capaz de identificar-se com o bebê só se ausenta durante o intervalo de tempo em que ele consegue guardar a memória da presença dela.” Se a mãe fica muito tempo longe do bebê essa memória apaga-se e o bebê tem a sensação de aniquilamento, ou seja, uma ruptura da continuidade pessoal de existência. Pela repetição da experiência algo começa a ser constituído. Assim o bebê começa a prever o que virá a partir das suas necessidades que são reais e atendidas pela mãe ou substituto materno. No início, a mãe obedece ao ritmo do seu bebê e, paulatinamente, ajusta-se a esse ritmo com um intervalo regular que seja adequado às necessidades do bebê.

O alojamento da psique no corpo é o que Winnicott chama também de personalização. No início, o corpo e a psique ainda não estão juntos. A diferenciação entre ambos ocorre ao passo que a tendência à integração age, possibilitando integrar em uma unidade. O bebê precisa ser reunido em suas partes pela mãe, caso contrário sente-se espalhado. Na tarefa de alojamento da psique no corpo, o cuidado materno necessário é o *handling*, ou seja, o manejo. No manejo existe o segurar físico o bebê, mas também o subjetivo, ou seja, permitir a ele sentir-se envolvido. É como se coubesse à mãe reunir todos os pedaços espalhados do bebê. Nesse aspecto é importante para o bebê sentir-se banhado e acariciado, abraçado, ter sensações táteis que lhe deem segurança e que o façam sentir pertencente aquele ambiente, entre tantas outras. Todas essas experiências iniciais permitem ao bebê sentir-se como real. Este fato vai ganhando consistência e Dias (2003, p. 210) refere:

“Quando há segurança duas coisas estão ocorrendo: ao mesmo tempo em que facilita a tendência geral à integração, em especial a residência da psique no corpo, a mãe fornece as condições para o retorno ao descanso relaxado do estado de não-integração.”

Sobre as relações objetais, Winnicott (1983) aponta que, para ocorrerem, é preciso antes que o bebê tenha a adaptação absoluta da mãe para mantê-lo, por um tempo, na área de ilusão de onipotência, sendo aí o lugar onde o bebê pode começar a ser. Manter essa ilusão e o mundo subjetivo do bebê é importante para que ele não seja apresentado à realidade objetiva enquanto ainda não está preparado. Winnicott (1983) aponta que é somente a partir da ilusão que o bebê torna-se capaz de aceitar a existência e, aos poucos, tolerar as desilusões que também fazem parte de seu desenvolvimento. Sendo assim, após ter a capacidade de ilusão e com todos os processos anteriores, a criança vê aos poucos a existência da realidade externa e percebe que o mundo esteve ali antes dela nascer, porém o sentimento de que o mundo é criado pessoalmente continua existindo e é a partir disso que o bebê percebe que esse mundo não equivale à aniquilação, como seria se isso fosse apresentado antes do momento em que ele pudesse se deparar com isso. Dessa forma, progressivamente, os objetos externos passam a ser percebidos como tais pelo bebê.

Dias (2003) aponta que à medida que as tarefas de integração no tempo e no espaço, do alojamento gradual da psique no corpo e do início das relações objetais vão se desenvolvendo existe uma quarta em andamento: o si-mesmo. Este vem sendo

constituído pelas experiências que são possibilitadas ao bebê; experiências essas de integração e que oportunizam ao bebê caminhar na direção de sua integridade, isto é, na sua unidade. Assim, ele passa a transitar entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, onde começa a perceber objetivamente o mundo externo compartilhado. É gradualmente e com os cuidados do ambiente, que vai sendo incorporado como aspecto de si, que Dias (2003) aponta a possibilidade da transformação de algo externo e separado do bebê.

Preocupação materna primária

Entende-se que a relação inicial da mãe com o bebê é possibilitada por cuidados maternos². O bebê nunca foi um bebê antes, nem uma mãe. Sendo assim ele não possui parâmetros, nem orientações. Tudo para ele acontece pela primeira vez. A mãe, diferentemente dele, pode retroceder e regredir a formas de experiências que já teve, principalmente a de ter sido bebê. Assim sendo, no período de alguns dias antes do parto e algumas semanas após o nascimento do bebê, pode se estabelecer o que Winnicott (1983) denomina de o período de preocupação materna primária. Winnicott (2000, p. 495) traz que:

“A mãe que desenvolve o estado que chamei de ‘preocupação materna primária’ fornece um setting no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida.”

Ele traz, ainda, o termo “devotada ao” bebê, ou seja, um período em que a mãe possa estar entregue aos cuidados do seu bebê, que nesse momento parece ser ela mesma. É neste aspecto materno que se revela um apego sincero porque a mãe identifica-se com as necessidades básicas do bebê, estando na posição de se dedicar a ele de maneira total,

² Winnicott costuma utilizar o termo “cuidados maternos” para falar acerca da relação primitiva mãe-bebê. Outros autores utilizam mais fortemente o conceito de função materna. Embora estes conceitos não sejam exatamente iguais, acho importante salientá-los, pois não significa que os cuidados com o bebê tenham que ser exercidos somente pela mãe. Na cultura brasileira essa função e esses cuidados ainda são, geralmente, exercidos pela mãe, mas é importante ressaltar que não precisam ser exercidos apenas por ela.

ou seja, dedica-se a ele integralmente na dependência que ele tem em relação a ela e ao mundo.

Nessa identificação da mãe, consciente e inconscientemente, estão suas experiências anteriores de também já ter sido uma bebê e de, portanto, poder se identificar com o que o bebê está sentindo. Sendo assim, é como se uma parte da mãe regressisse a um estado subjetivo quando ela mesma era um bebê e alcançasse uma sensibilidade exacerbada. Abadi (1998) define como os cuidados corporais e elaboração imaginativa da relação da mãe com o seu bebê as características fundamentais desse estado de preocupação materna primária. De acordo com Machado (1991), nesse período ocorre um aumento da sensibilidade da mãe e uma profunda identificação narcísica com o bebê e suas necessidades. É com essa regressão que a mãe tem a possibilidade de se colocar em contato adequado com as comunicações do seu bebê. A preocupação materna primária tem seu enfoque no psiquismo da mãe e, após passar por esse estado, ele é esquecido por ela. Winnicott trabalha com esse conceito referindo-se a um estado organizado que pode ser comparado a um estado retraído, dissociado, a um episódio esquizoide ou a uma “doença normal” que nem todas as mulheres tem condições de desenvolver por inúmeros motivos. Por uma gravidez não desejada, pelo não apoio do pai, por suas vivências enquanto filha e agora como mãe, por uma patologia, entre tantos outros motivos. Este seria um quadro patológico se aparecesse em outro momento da vida, pois é próprio do período inicial da maternidade.

O período da preocupação materna primária é facilitado pelo apoio dado à mulher, o qual pode ser exercido pelo pai ou por outras pessoas próximas, como familiares e amigas da mãe. A matriz de apoio teria duas funções básicas: proteger fisicamente a mãe, afastando-a, por algum tempo, das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se ao bebê e apoiar, valorizar e instruir a mãe, oferecendo-lhe modelos, ajuda, informações, mas também aprovando e legitimando suas atitudes com o bebê. Winnicott (1982) afirmou que, inicialmente, é função do pai³ lidar com o ambiente externo para que a mãe não precise se envolver com o mesmo, propiciando o

³ É uma função a ser realizada por alguém que não seja o cuidador principal do bebê, mas que esteja próximo do bebê e desse cuidador principal. Sendo assim, não precisa ser necessariamente exercida pelo pai da criança.

ambiente para que ela possa regredir ao estado de preocupação materna primária. Winnicott nos diz (1982, p.129):

“A primeira coisa que quero dizer é que o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e em seu espírito [...] e a segunda coisa, como eu disse, é o pai ser necessário para dar à mãe apoio moral, ser um esteio para sua autoridade, um ser humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança.”

O pai tem importante função no início do desenvolvimento do filho como suporte e apoio dado à mãe para que ela possa sustentar esse lugar de dependência absoluta do bebê sem tantas preocupações. O apoio e suporte inicial dado à esposa é chamado também de *holding*. *Holding* foi traduzido por diferentes termos, mas tem sua ideia centrada na sustentação, no apoio e no amparo. O *holding* oferecido pelo pai nesse momento inicial faz parte da função paterna, que não aparece apenas na triangulação, no complexo edípico e na castração. Essa função paterna é importante desde o início da vida. Assim, a mãe fica livre para estar, nesse momento, no estado dependente e vulnerável para então se identificar com o seu bebê. Após esse estágio inicial, quando já há uma diferenciação entre o eu e o não eu, o pai passa a entrar como um terceiro na relação e a ter uma importância mais direta sobre o desenvolvimento de seu filho, fornecendo os alicerces para as relações triangulares.

O amadurecimento pessoal

Concomitantemente ao período que se espera da preocupação materna primária para com a mãe, o bebê está na etapa de dependência absoluta, um dos períodos do processo de amadurecimento pessoal, sendo este o estado natural em que ele chega ao mundo, ou seja, em total dependência, pois sem os cuidados do outro o bebê não sobrevive. Para Winnicott (1983), o processo de amadurecimento pessoal é definido em três estágios: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. A função desses estágios é a apresentação do mundo à criança que se dá continuamente. A dependência absoluta é o período em que o bebê está totalmente vulnerável à provisão que o ambiente pode fornecer. É no encontro da preocupação materna primária com a dependência absoluta do bebê que há o melhor encontro possível entre o ambiente/mãe

e o bebê. O período da dependência relativa é o período no qual o bebê passa para uma forma intermediária de realidade, aos poucos pode ter o alojamento gradual da psique no corpo. Assim, o bebê já pode ter algumas frustrações e aguardar um pouco na sua dependência, não precisando ter suas necessidades atendidas imediatamente. Paulatinamente, o bebê terá a noção de outro: ele sentirá a necessidade da mãe e começará a saber, em sua mente, que a mãe é necessária. Este é o período do rumo à independência. Nele encontra-se o início das relações objetais, do contato com a realidade enquanto tal. Gradativamente o bebê é capaz de se deparar com o mundo e suas complexidades.

Com relação ao amadurecimento pessoal, Dias (2003, p. 97) aponta:

“O que está, portanto, em pauta, não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si-mesmo (...) Mesmo quando as estruturas biológicas e cerebrais estão intactas, o ter nascido, simplesmente, não garante que sejam alcançados o sentimento de estar vivo, de sentir-se real e de poder fazer experiências sentidas como reais.”

Sendo assim, para o bebê sentir-se real é importante que passe bem pelas etapas de desenvolvimento pessoal. No entanto, cabe salientar que a proposta de processos de amadurecimento que Winnicott (1963) aponta e a divisão dessas em dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência, não são processos lineares. Na vida os estágios sobrepõem-se e, na concepção de Winnicott, o amadurecimento não é sinônimo de progresso. O amadurecimento é também uma capacidade de regredir quando for preciso. Nenhuma conquista na teoria de Winnicott revela uma garantia, ou seja, se for alcançada não quer dizer que será sempre assim. Essas conquistas continuam sendo um processo.

A dependência absoluta

No início, como referido anteriormente, o bebê não é uma unidade: a unidade é a dupla mãe-bebê e esta unidade é sentida por ele como parte de si mesmo, como objeto subjetivo. Acerca do estágio mais primitivo Dias (2003, p. 130) destaca:

“A dependência absoluta refere-se ao fato de o bebê depender inteiramente da mãe para ser – do modo como é, como pode ser, nesse momento inicial – e para realizar a sua tendência inata a integração em uma unidade. O relacionamento peculiar com a mãe, na dependência absoluta dos estágios iniciais, fornece um padrão para as relações que o bebê venha a desenvolver com a realidade externa. É no interior desse relacionamento que está sendo construída a ilusão do contato com o mundo externo, a confiança de que a comunicação inter-humana é possível e de que a vida faz sentido.”

Para o desenvolvimento pessoal do bebê, é necessário que consideremos o ambiente do qual o bebê está dependente. No início da vida esse ambiente é, principalmente, representado pela mãe⁴. De acordo com Kahtuni (2005), é preciso ter conhecimento sobre as qualidades do ambiente/mãe, sua disponibilidade, sua capacidade facilitadora ou não, a capacidade que a mãe ou outro responsável possua para exercer as funções maternas suficientemente bem, as quais são necessárias nesse momento para possibilitar um desenvolvimento saudável nos processos maturacionais do bebê. Esses processos são possíveis de acordo com o ambiente que o bebê faz parte, mas não é o ambiente que faz a criança. Ele apenas possibilita a criança concretizar o seu potencial. De acordo com Winnicott (1983, p.81):

“a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais; este habitante se tornará algo que está fora do controle de qualquer um.”

No início, o bebê é completamente dependente da mãe em seus cuidados como já citado, mas o bebê é, paradoxalmente, dependente e independente. Existe o que é herdado, em termos de processos de maturação e tendências patológicas do bebê, as quais não podem ser alteradas. No entanto, o processo maturativo depende da provisão do ambiente, que Winnicott (1983) aponta como ambiente facilitador. Um ambiente favorável torna mais satisfatório esses processos para o bebê e, de acordo com o autor, constituem uma espécie de vir-a-ser, ou seja, um plano para a existência do bebê enquanto sujeito. A mãe que é capaz de se dedicar a essa tarefa inicial e natural é capaz de proteger o vir-a-ser do seu bebê. Irritações ou falhas de adaptação causam reações no bebê que podem quebrar com esse vir-a-ser dependendo da intensidade. Com a presença do ambiente suficientemente bom, apresentado de diferentes maneiras – gestos, tonalidade de voz, modo como o bebê é segurado no colo, contatos físicos, contatos

⁴ O termo utilizado ao longo da escrita é de “mãe”, mas esse papel pode ser exercido por ela ou um substituto materno. Faz parte da função materna já citada.

verbais, contatos silenciosos, entre outros – propiciam o início de uma organização psíquica para o bebê e permitem seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Com o ambiente suficientemente bom, surge o conceito de mãe suficientemente boa a qual Winnicott detém-se. Assim, Kahtuni (2005, p.201) aponta:

“A criança introjeta a confiabilidade do meio ambiente e pode-se dizer que houve uma boa comunicação entre a mãe e o bebê, que se supõe ter sido estabelecida em um ambiente de amor. Supomos que a mãe suficientemente boa geralmente pode confiar em seus próprios recursos maternos e contar com um holding, que inclui a presença de outras pessoas, como por exemplo o pai do bebê, que apoiem e defendam a unidade mãe-bebê.”

Nessa etapa há uma necessidade de sustentação do bebê no colo materno. O bebê, no colo da mãe, constitui uma base para continuar existindo e se integrar em uma unidade, dependendo de como ele é segurado, em seu sentido subjetivo. Winnicott considera que os cuidados maternos que se sucedem ao nascimento do bebê fazem parte desse *holding* materno, que é a forma que a mãe segura seu bebê, ou seja, as várias partes do corpo devem ser seguradas em conjunto a fim de dar unidade ao corpo do bebê, facilitando a sua existência e possibilitando circunstâncias favoráveis para os seus processos de maturação. Quando este gesto é adequado, a experiência da dupla é enriquecedora. De acordo com Lins (2006), o *holding* materno começa antes mesmo de o bebê nascer. Para este autor o *holding* tem início na vida intra-uterina, quando a mãe começa a reconhecer o bebê enquanto tal. O suporte materno ampara o eu imaturo do bebê e fundamenta as bases para a integração. Assim, o bebê pode ter experiências sem se desorganizar. Constantes fracassos de *holding* significam uma incessante interrupção dos processos de maturação, podendo originar diferentes estruturas patológicas. De acordo com Lins (2006, p.22):

“A falha ambiental é, no início, falha em carregar o bebê com segurança. O ato de segurar mal uma criança força-a a ter uma consciência prematura de si mesma para a qual não está bem equipada.”

Próximo ao segurar o bebê com segurança – o que, mais uma vez, destacamos que não se trata de um ato apenas físico – vem outro conceito que Winnicott trabalha ao longo de sua teoria: *handling*. Este é traduzido para o português como manejo. *Handling* é um termo que faz referência à manipulação do bebê, ao cuidado com o corpo e com as noções corporais, conforme citado anteriormente.

Cabe destacar que a mãe suficientemente boa não é perfeita, mas é uma mãe flexível o suficiente para ativamente buscar acompanhar seu bebê em todas suas

necessidades iniciais. É uma mãe que pode se sentir como se estivesse no lugar do seu bebê. Winnicott (2000) aponta que a mãe pode vir a falhar também na satisfação das exigências instintivas do bebê, mas pode ser bem sucedida em não deixar que o bebê se sinta desamparado. Justamente por isso que o termo utilizado pelo autor não é “mãe *totalmente* boa”, pois esta, assim como todos, é humana e irá, em alguns momentos, falhar em satisfazer as necessidades de seu bebê. Kahtuni (2005) aponta que a mãe suficientemente boa tem condições de reparar seus erros e tirar proveito disso para favorecer a capacidade discriminatória de seu bebê, auxiliando-o no complexo trabalho de separação-indivuação que se seguirá mais adiante no seu desenvolvimento. No entanto, é importante salientar que nesse estágio mais primitivo é importante que o bebê não seja exposto a muitas frustrações. Com o passar do tempo e nos próximos estágios isso acontecerá inevitavelmente e aí o bebê já estará, de certa forma, pronto a ir recebendo as frustrações que também são necessárias para o seu desenvolvimento.

Os bebês encontram-se em condições favoráveis quando estão no estado de dependência absoluta e esse período é acolhido por um ambiente suficientemente bom, mas não são todos os bebês que encontram a disponibilidade do ambiente da forma que necessitam nesse momento. Assim como não é toda mãe que pode regredir e se encontrar no período de preocupação materna primária. Quando os cuidados necessários não são recebidos, eles podem não se realizar como bebês (Kahtuni, 2005). De acordo com Borsa & Dias (2007), se o cuidado manifestar muitas falhas, o bebê pode vir a ter um comprometimento em sua constituição e dependendo da intensidade e da variedade das falhas desse momento e do modo como o bebê lida com isso, o desenvolvimento psíquico pode evoluir para uma organização patológica de sua personalidade e de suas relações futuras.

Comunicação silenciosa

O conceito de comunicação silenciosa relaciona-se com o estado de preocupação materno primária de forma íntima, visto que está se falando do processo primário e da identificação primária. O bebê, que ainda não pode falar em palavras, também se comunica com a mãe e isso se dá através de uma comunicação silenciosa entre ambos.

As coisas que a mãe faz com o seu bebê não são realizadas apenas com palavras. Talvez isso seja uma parcela muito pequena, pois é o gesto que dá sentido à palavra, já que o significado dela em si o bebê pouco entende. De acordo com Winnicott (1961) a comunicação silenciosa produz-se no contato corpo a corpo da mãe e do bebê. É nesse sentido que o autor trabalha com o termo de mutualidade, o qual trata de reciprocidade e de influências mútuas entre a mãe e o bebê. É assim que Winnicott (1961, p. 198) aponta:

“A mutualidade é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos aspectos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar.”

Essa comunicação mútua se dá pelas experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe, que é possibilitada através da preocupação materna primária. Um exemplo que Winnicott traz é a respeito da alimentação. Mesmo muito pequeno, o bebê ao ser amamentado⁵, brinca com a mãe, colocando, por exemplo, o dedo em sua boca quando esta lhe dá de mamar. Assim, o bebê imita o comportamento materno, dando de comer, e passa a alimentar sua mãe. A comunicação para Winnicott não está simplesmente no fato de comer, mas sim na alimentação mútua no seu sentido subjetivo. Para o bebê, pegar o seio da mãe é pegar uma parte de si mesmo e, para a mãe, dar o leite é dá-lo a um bebê que é parte dela própria. Isso se faz importante porque assim o bebê também incentiva o *holding* materno, estimula e aumenta a confiança da mãe nesses momentos iniciais. A mutualidade é entendida como uma ação combinada, mas que também é complementar e isso facilita a passagem do estado de fusão inicial ao inter-relacionamento da dupla, o qual aparece evidenciado por meio de identificações cruzadas. As identificações cruzadas possibilitam a comunicação com o uso de mecanismos projetivos e introjetivos por parte da mãe e por parte do bebê e essas identificações cruzadas são condicionadas e condicionantes da mutualidade, ou seja, são movimentos que acontecem simultaneamente.

A mutualidade é entendida como uma construção das primeiras relações do bebê com alguém. É a partir de um gesto espontâneo do verdadeiro *self* do bebê que convoca

⁵ Não significa aqui que uma mãe que não amamenta seu bebê no seio não passará por essa troca. Esse aspecto trata do ato de alimentar o bebê, o qual pode ser substituído pela mamadeira, por exemplo.

o verdadeiro *self* da mãe que se sustenta essa experiência mútua e vice-versa. É essa comunicação silenciosa que proporciona ao bebê as primeiras comunicações de confiabilidade e que, segundo Winnicott (1961) protegem o bebê contra traumas e contra as intrusões da realidade externa, já que ainda não existe uma defesa organizada por parte do bebê. É importante que haja essa reciprocidade, pois assim ambos, mãe e bebê, podem obter satisfação juntos, sendo complementares um ao outro.

Considerações acerca das (im)possibilidades da dupla

Diante de todos os aspectos trazidos é importante pensarmos acerca de quando esse encontro do bebê com o mundo não acontece de forma ideal. Muitas mães não entram no período de preocupação materna primária ou não entram da forma que seria necessária para tal momento. Podem surgir algumas impossibilidades na relação inicial da mãe com seu bebê. Em torno do nascimento, diferente do que o senso comum aborda, podem surgir encontros totalmente inesperados.

A história do bebê não inicia apenas com o nascimento dele. Existe a história da individualidade de cada um dos cônjuges e a história do casal enquanto tal, a infância de cada um deles, o desejo ou não de um filho, as expectativas que surgem a partir disso entre outras situações que também fazem parte da história pregressa do bebê. O que ocorre no período de transição entre a gestação e o nascimento do bebê é a reativação de relações precoces da infância da mãe e do pai que agora aparecem na relação deles com este bebê. No entanto, para o presente trabalho opto por abordar, principalmente, a história da mãe, por entender o quanto isso foi importante para o encontro da relação que estava se possibilitando entre a dupla aqui estudada e por estes terem sido o foco do trabalho clínico realizado. Para o caso de A. e B., o encontro de B. com o mundo vinha sendo proporcionado de maneira diferente da que seria importante para satisfazer suas necessidades neste momento inicial de vida. A maternidade para A. veio carregada de sentimentos que ela não esperava e que a surpreenderam negativamente.

Diante de dificuldades apresentadas na gestação e vindas com o nascimento de B., A. foi diagnosticada com uma depressão pós-parto no início do puerpério e relatou

que no primeiro mês foi muito forte, que tinha muita vontade de jogar o bebê pela janela e que se controlava para ficar distante das janelas. Apresentava-se bastante irritada, segundo ela mesma. Referiu que com isso, recordava de uma vizinha que jogou o bebê dela pela janela quando A. era adolescente e que essa mulher era tida como louca. Anos depois A. soube que essa vizinha tivera depressão pós-parto. A. foi medicada pela sua ginecologista e afirmou que as coisas acomodaram-se com o tempo, mas não pode falar sobre isso naquele momento tão primitivo e sensível. Sabe-se que a depressão pós-parto é uma patologia que pode prejudicar o encontro entre a dupla mãe-bebê (Frizzo & Piccinini, 2005). Nessas ocasiões em que se assustava com seu desejo de atirar o bebê para longe de si, entregava-o para o pai para que ele segurasse. Assim ele fazia.

Consideramos que a maternidade é também um momento de revivências, conscientes e inconscientes, do período em que a mãe foi um bebê, foi filha. Fraiberg, Adelson & Shapiro, trabalham com a ideia de que existem fantasmas no quarto do bebê, que retratam momentos do passado que ressurgem no presente com um forte significado que não pode ser simbolizado anteriormente. De acordo com as autoras citadas (2001, p. 12):

“(...)há fantasmas em todos os quartos de bebês. São visitantes que surgem do passado esquecido dos pais; eles não são convidados para o batizado. Em circunstâncias favoráveis, estes espíritos hostis e inoportunos são expulsos do quarto do bebê e retomam sua morada subterrânea. (...) Eles (os fantasmas) assistiram ao batizado de duas gerações ou mais. Sem que ninguém os tenha convidado, os fantasmas se instalaram e dirigem a repetição da tragédia familiar...”

Assim, o bebê fica preso nessa história familiar. O bebê carrega um pesado passado de sua mãe ou de seu pai em seu nascimento. Tanto a relação mãe-bebê, quanto o desenvolvimento do bebê podem ficar comprometidos se esses temas não forem trabalhados com ajuda terapêutica, a qual foi necessária para este caso. B. parecia estar preso nesse fantasma que estava relacionado aos fantasmas da mãe enquanto filha.

A. foi a primeira filha de seus pais. Teve pouco contato com seu pai, pois seus pais separaram-se durante seu primeiro ano de vida e após isso o contato ficou restrito entre eles. A. tem duas irmãs de casamentos diferentes da mãe e suas irmãs também não tiveram contato com seus respectivos pais. A. conviveu mais com sua avó do que com sua mãe. Avó e neta tinham uma relação bastante próxima e para A. essa era a figura que representava maior cuidado. Com o crescimento de A., ela e sua mãe passaram a

brigar constantemente e A., enquanto criança, decidiu viver com sua avó e não mais com sua mãe. Nos registros de A. sua mãe desempenhava o papel materno consigo de maneira hostil. A. relata que sua mãe não queria tê-la, não estava esperando, o que nos fez pensar na sua mãe não ter podido se voltar para a bebê no período em que uma intensa identificação com sua filha era necessária, assim como A. viveu, posteriormente, na gestação de B. A mãe de A. também não tinha uma boa relação com sua própria mãe, avó de A. No entanto, a mãe de A. pode contar com o apoio de sua mãe na criação da filha, o que foi um aspecto positivo para A, pois pode ficar bastante próxima da avó.

Enquanto filha, A. recordou de uma vez em que apanhou de sua mãe de maneira que sua boca ficou muito machucada. Foi uma de suas únicas recordações da infância que foi compartilhada conosco e que A. retratou lembrar. Assim, lembrou-se de quando ela batia em B., e falou que não gostaria que ele aprendesse que apanhar é a forma correta, mas não sabia fazer diferente. Ela se incomodava com B., batia e se acalmava com isso, mas em seguida sentia-se culpada por encontrar nessa forma um meio de conter sua irritação. Parece que a agressão existe nessa família quando faltam palavras, quando faltam histórias de cuidados que escorregam para uma via agressiva. B. talvez estivesse pedindo um olhar, cuidado e/ou aproximação a mais, mas isso era entendido pela mãe como uma criança que incomodava bastante. Talvez A. não soubesse ou não pudesse fazer diferente pelo que foi transmitido para si das relações que vivenciou desde muito pequena e até mesmo antes de nascer, no seu período intra-uterino, quando os seus pais já estavam vivendo algumas brigas constantes. Isso nos faz pensar no ambiente em que ela foi concebida e recebida. Não foi por acaso que A. chegou a nós pedindo auxílio para obter a carteira de motorista e por não saber o que acontece para não conseguir passar na prova e poder dirigir. Com o passar das sessões fomos percebendo que estávamos dirigindo um caminho juntas, um caminho com uma possibilidade de um novo trajeto e uma história talvez diferente da que era conhecida por A.

A. utilizava defesas intelectualizadas durante o tratamento e narrava que sendo mãe, entendia o porquê foi difícil para sua mãe e revelou já saber que a maternidade seria difícil, mas não tanto como se apresentava a ela. Sua escolha profissional proporcionava que entendesse como os bebês funcionavam, o que possibilitava a desconexão com o sentimento de pertencer a essa relação com seu bebê, que era único.

Nesse sentido, A. seguia por uma via racional, onde teorizava muitos aspectos sobre o desenvolvimento de bebês. Sua escolha profissional mostrava que A. parecia tentar significar no contexto externo o que desde sua constituição não estava bem para si, talvez com tentativas de entender o que se passou. O ambiente que A. descreve de sua família de origem parecia carecer de relações que favorecessem seu desenvolvimento e integração.

Em relação ao parto, A. tinha forte desejo de um parto normal, mas não foi possível devido a um descolamento de placenta no início da gestação, resultado de um atropelamento. A. desejava amamentar e relatou com bastante lástima o fato de não ter conseguido em nenhum momento. Na sua fantasia, essa impossibilidade de amamentar veio com o parto que não pode ser normal. Ela sentia-se triste, frustrada e culpada por não estar vivendo um momento calmo e tranquilo, como imaginou que seria. Desde o parto A. não conseguia acompanhar o ritmo de seu bebê, o que mostra a dificuldade que se apresentava em viver o período de preocupação materna primária, o qual estava conturbado antes mesmo de B. nascer.

B. tem 8 meses no momento de nosso primeiro encontro. Chegou à sessão observando o ambiente. Mostrava-se indiferente e apático ao ambiente preparado para si: ambiente com diversos brinquedos infantis. B. parecia estar atento a tudo que sua mãe falava desde o primeiro momento e dava a sensação de ser quase que parte dela ainda. B. parecia estar explorando o rosto, as partes do corpo, o cheiro, os sapatos (...) tudo que sua mãe apresentava. A bolsa da mãe, assim como o próprio corpo dela, ao longo das sessões, foram sendo sua única procura. Seria esta uma extensão da mãe, de si próprio, de seu mundo interno que estava se constituindo? Era ainda como se B. fosse uma extensão de A., como se fossem um só. No momento inicial de nosso encontro, talvez B. não pudesse ser tal coisa chamada bebê, como Winnicott ressalta.

B. mostrou-se inquieto e choroso em momentos de falha da mãe: quando ela não dava atenção para ele, quando ela não o pegava no colo no momento que ele queria, embora em outros momentos aguardasse muito para a mãe ver que era o seu colo que ele desejava, e, especialmente no brincar, passava-se algo importante. Algo que chamou a atenção no início foi o fato de B. não brincar e não explorar a caixa de brinquedos que levávamos, nem com o auxílio das terapeutas. Em casa, A. contava que B. brincava.

Brincava com o pai e com a mãe, mas parecia ter uma preferência pela mãe, segundo ela. Quando B. se distraía no brinquedo, A. se retirava para fazer as tarefas domésticas. Assim, percebendo a ausência da mãe, B. chorava e fazia, assim, com que a mãe voltasse a ele. Ao longo das sessões, A. revelou não gostar muito de brincar. Não gostar, ou não saber? Como B. poderia brincar se sua maior figura de segurança não permanecia para validar a brincadeira? Talvez B. não pudesse relaxar para brincar, pois sua mãe esperava que ele se distraísse para poder fazer suas coisas e nesse sentido não entrava uma figura substituta para exercer o papel de estar presente com o bebê, embora o pai, algumas vezes, o acompanhasse B. nesse papel, segundo A. No entanto, de acordo com a visão da mãe, a presença do pai era marcada de maneira física, já que este passava mais tempo no seu mundo, marcado pelo celular ou *notebook*, do que com uma presença viva brincando com seu filho. Este era outro aspecto que chateava A, pois se sentia sobrecarregada com as tarefas de casa e com os cuidados referentes à B.

B. dormia com seus pais e A. revelou abertamente um descontentamento com isso, mas não conseguia colocá-lo em seu quarto. Desde o nascimento B. tinha seu espaço, no entanto nunca foi possibilitado a ele permanecer lá. O bebê poderia ir para o seu quarto, mas A. dizia que ele acabaria indo quando ele quisesse, já que ela e o pai não conseguiam se manter firmes na decisão de B. dormir em seu próprio espaço. A. também, muito pequena, pode escolher em qual ambiente ficar: se com sua mãe, ou com sua avó. Tarefas árduas para esses “bebês”. O vínculo entre a mãe e seu bebê parecia ambivalente, ao passo que não se desgrudavam, mas havia brigas incessantes marcadas por tapas e puxões de cabelo da mãe com o filho. A ambivalência é um processo natural durante a gestação e faz parte dos momentos iniciais após o nascimento do bebê, porém nessa relação isso parecia, por alguns momentos, exceder.

Com a dependência absoluta do bebê, embora não seja algo linear, aos poucos se introduz momentos em que o bebê pode aguardar um pouco, ou seja, que não precisa mais ser satisfeito em todas suas necessidades momentaneamente. Dessa forma, Winnicott (1958) aponta outro aspecto importante em sua teoria, que é a aquisição da capacidade de estar só. De acordo com Abadi (1998), esta capacidade é paradoxal, pois é a capacidade de estar sozinho na presença de alguém. De acordo com a autora, com aportes da teoria winnicottiana, essa capacidade seria um importante sinal de amadurecimento e é transicional, no ponto em que se preservam tanto a relação com o

mundo interno, como a conexão com a realidade. Nessa etapa o bebê já poderia estar na dependência relativa, pois isso não é possível em total dependência. Há a possibilidade de esperar um pouco em suas necessidades. Aqui já começa, aos poucos, ser introduzida a noção de outro. Bem no início, a não integração do bebê é compensada na presença da mãe. No caso da dupla de A. e B., em função da dependência absoluta não ter sido bem estabelecida, essa etapa estava também com dificuldades. Para B, estar sozinho na presença silenciosa da mãe era algo difícil, pois algumas vezes isso era marcado pela ausência e para B. isso não estava sendo bem suportado ainda. A presença não é, necessariamente, a presença física. Já poderíamos pensar em dependência relativa dessa dupla se levássemos em consideração apenas aspectos cronológicos, mas essa vinha marcada por um modo singular: B. precisava da presença física da mãe ainda para brincar, ou seja, para acompanhá-lo e validá-lo de maneira bem próxima ainda, sem poder esperar um pouco, como pensado na dependência absoluta. Se assim não fosse, B. não brincava, não se distraía. A ausência parecia vir marcada pela sensação de aniquilamento, quase como se o bebê não pudesse existir só em alguns momentos. O bebê se reconhece através da presença viva da mãe e pela relação estabelecida com o rosto e olhar maternos.

Foi aos poucos, com bebê e mãe podendo ser olhados e ouvidos nas suas histórias, de certa forma dependentes do processo terapêutico, que B. pode se sentir livre para brincar e para ser um bebê. Winnicott (1982), ao falar do brincar, diz que o brincar indica a existência de uma vida interior pessoal no bebê: “Se ele encontrar em você uma correspondente disposição lúdica, a riqueza íntima do bebê desabrochará e as brincadeiras entre a mãe e o bebê tornam-se a melhor parte da relação entre ambos.” (p.88). Era o que B. estava podendo, aos poucos, nos sinalizar.

Para conseguir brincar, talvez a dupla precisasse ser olhada e cuidada antes. Mais ou menos na metade do tratamento, A. chega para a sessão bastante triste e isso foi captado e devolvido a ela com um acolhimento e uma validação do que foi percebido pelas terapeutas. O ambiente/terapeutas percebeu e nomeou isso, como também é a comunicação com o bebê no início. Pela primeira vez houve um choro com muitos sentimentos por parte da mãe que não foram da ordem do verbal, apenas do sentir. Nesse momento existe uma clara conexão entre o bebê e sua mãe. B. também colocou algo para fora através de um vômito. Neste momento, algumas angústias puderam ser

colocadas para fora pela dupla e talvez pudessem experimentar ser agora uma unidade mãe-bebê um pouco mais fusionada. Assim, puderam ter a possibilidade de uma relação singular, livre de alguns fantasmas da mãe que puderam ser significados até então. Após essa troca e os sentidos que se realizaram a partir desse momento de encontro de angústias externalizadas e, na continuidade das sessões, percebemos que B. pode se sentir um pouco mais desprendido dessa relação com a mãe que não lhe permitia ser tal coisa chamada o bebê. Uma relação fusionada é esperada logo que o bebê nasce e é importante para a dupla e, principalmente, para o desenvolvimento do bebê enquanto sujeito, mas parece que para este caso isso não foi possibilitado como era necessário no pós-parto. Foi como se nessa situação a dupla estivesse tendo oportunidade de significar e vivenciar esses momentos que faltaram bem no início para depois poder se desprender um pouco enquanto dupla e, aos poucos, poderem se perceber como objetos separados.

Nesse contexto que B. foi começando a mostrar interesse pelo brincar. B. foi criando brincadeiras de comidinha com as terapeutas, onde nos alimentava, e passou a mostrar bastante interesse em brincadeiras com bola, a qual jogava longe e depois buscava, algumas vezes com nosso auxílio, outras sozinho. Porém, na maior parte das vezes, B. jogava a bolinha de modo que ficava fora de seu alcance visual. Aos poucos, a bolinha foi substituída por outros objetos pequenos da caixa de brinquedos que pudessem ser atirados para fora de seu alcance. Essa brincadeira remetia ao *fort-da* que Freud (1920) traz em *Além do Princípio do Prazer*, como uma forma de lidar com a alternância entre o desaparecimento e retorno da mãe. Talvez após um momento de fusão entre a dupla, ou seja, de uma ligação entre eles que foi dificultada no início do encontro entre mãe e bebê, B. estava podendo viver a dependência relativa de uma maneira mais saudável para si. Através dessas brincadeiras parecia tentar dar um significado aos momentos em que a mãe não estava ao seu alcance que já estavam sendo distintos daqueles momentos citados anteriormente em que a mãe se ausentava, marcados com choro e uma sensação de aniquilamento por parte do bebê. Aos poucos, o bebê que chegou apático ao tratamento, estava caminhando, no sentido concreto e subjetivo. B. estava podendo ser olhado enquanto sujeito e a dupla estava mais conectada, podendo, paulatinamente, narrar uma história diferente.

A. auxiliava B. para caminhar chegando à sessão e existia um prazer por parte da mãe por ver o bebê andando por suas próprias perninhas, principalmente em mostrar

isso no contexto terapêutico. Nesse momento do tratamento B. estava a completar um ano de idade. As sessões passaram a contemplar temas referentes ao que seria possível fazer para celebrar esse momento. Houve algumas discussões e desentendimentos entre o casal parental relacionado às finanças para uma festa de primeiro ano. Após algumas reflexões acerca disso, A. decidiu fazer uma viagem com duração de um final de semana com sua família, o que foi de comum acordo entre ela e seu esposo. Sendo assim, A., seu esposo e B. poderiam ficar um pouco mais reclusos no final de semana e aproveitar este momento entre os três. Momento de celebrações, onde A. pode se conectar bastante com seu bebê.

Outro aspecto importante do tratamento veio marcado com o lugar que o esposo de A., pai de B., ocupava na família com os papéis de pai e de esposo. A. trazia constantemente o quanto não se sentia apoiada e ajudada nessa relação. Assim, aspectos da relação de A. com seu próprio pai puderam surgir e este era visto por ela como uma pessoa não participativa e não cuidadosa, tanto com sua ex-esposa, mãe de A., quanto com A. Dessa forma, A. estava podendo questionar mais os papéis e as relações que os homens tinham em sua vida, possibilitando o entendimento de como vinha se constituindo sua relação com B., o qual também era do sexo masculino.

Assim como a figura da mãe com seu bebê estamos nós, terapeutas, com nossos bebês: os pacientes. No início, a mãe identifica-se com as necessidades básicas do bebê e se dedica à total dependência na qual o bebê está, fornecendo os cuidados necessários para tal momento. Se pensarmos nosso papel enquanto terapeutas, principalmente em casos com inícios marcados por tantos desencontros, temos que possibilitar um cuidado ainda maior, pois foi justamente a questão de encontro que foi tão difícil no seu início de vida. E isso não quer dizer que o paciente conseguirá viver uma relação de certa dependência com o terapeuta, no sentido de permitir esse cuidado oferecido, já que esta é uma relação nova para ele. No caso de A., ela precisou sobreviver a não poder depender absolutamente de alguém como seria necessário no seu início e isso aparecia no tratamento, como uma aparente autossuficiência por parte dela. E o que A. conhecia é que estava sendo apresentado para B. Contudo, cabe salientar que esse cuidado por parte do terapeuta não é exatamente como a mãe faz com o seu bebê no período de dependência absoluta dele, mas é um cuidado que remete aos períodos iniciais. Um novo paciente simboliza também um novo começo e, especialmente lidando com duplas

de mãe-bebê, este é o foco central do atendimento: os inícios. É preciso oferecer um ambiente suficientemente bom para que haja a possibilidade de (re)vivências e (re)significações de situações que foram vivenciadas, ou que não puderam ser vivenciadas. De acordo com Kahtuni (2005), assim como a mãe já foi um bebê um dia e isso possibilita a ela ajudar seu bebê, nós também somos, ou já fomos, pacientes um dia e, assim, espera-se que estejamos em condições de fornecer esse cuidado para os pacientes, neste caso específico à dupla. De acordo com a autora, o bebê e o paciente submetem-se aos cuidados da mãe e do terapeuta. Kahtuni destaca (2005, p. 206):

“É preciso compreender aqui o que não se realizou na história do desenvolvimento do paciente, por que e de que está sofrendo, qual é sua necessidade maturacional, e procurar satisfazê-la. É isto o que queremos, é esta nossa preocupação terapêutica primária: oferecer um holding adequado a cada paciente e funcionar como um ambiente suficientemente bom, que seja ora reparador, ora facilitador do desenvolvimento dos processos evolutivos que se congelaram no passado de nosso paciente.”

Esse é o *holding* e a dependência que pensamos que o setting terapêutico ofereceu. É importante para a dupla ser acolhida em suas necessidades e, especialmente, para a mãe ser escutada na sua história pregressa, podendo aí se revelar um efeito libertador para que o bebê e a mãe possam viver a sua relação de uma maneira mais saudável. Aos poucos, procurando entender as histórias e significando o que ainda não havia sido possível, a mãe pode voltar-se para o seu bebê tal como ele é: essa coisa chamada bebê. É importante que a dupla mãe-bebê possa encontrar um ambiente suficientemente bom no ambiente terapêutico, já que muitas vezes é justamente essa a falha no ambiente externo.

Assim como no período de dependência absoluta do bebê espera-se que a mãe se adapte a ele com o que ele necessita é que se encontra também o nosso papel de oferecer um ambiente que se adapte às necessidades da dupla. Como já citado, é na mutualidade e na comunicação silenciosa, períodos que fazem parte da forma que o bebê chega ao mundo no seu estado de total dependência, que se iniciam a constituição das primeiras relações do bebê com alguém. Os processos que vivenciamos no tratamento da dupla estavam buscando um contato diferente do que se dava até então com o mundo externo.

Considerações finais

Com todos os aspectos trazidos até então, penso que o foco do trabalho terapêutico não tem a intenção de dar um sentido intelectual às questões que foram vistas aqui, embora haja um entendimento teórico para tal, mas o principal foco do nosso trabalho clínico é na possibilidade de fazer sentir. Fazer sentir para poder fazer diferente e (re)significar. Assim é que juntos, terapeutas e pacientes, possibilitamos uma narrativa distinta daquela que vinha sendo escrita, o que traz a possibilidade de outro território a ser conhecido. O período da gestação e do puerpério, mesmo que tudo ocorra bem, é inesperado e vem marcado por um fluxo de emoções e sentimentos que às vezes precisam ser partilhados com um profissional. É através deste encontro com alguém que não julga e que está aberto para acolher o que vir que está a possibilidade de fazer sentir diferente, de (re)significar o vivido, ou até mesmo o não vivido.

É importante um ambiente que sustente o espaço de escuta para famílias que se encontram com dificuldades nos seus inícios com seus bebês. É interessante ampliar a divulgação de espaços clínicos que acolham essas pessoas, pois isso é, também, trabalhar com a prevenção, visto que há hoje muitas pessoas que chegam aos consultórios carentes de histórias e de encontros. Ainda na atualidade, existe um certo romantismo envolto à maternidade e muitas pessoas esperam que este seja um período que se tenha só felicidades e isso, geralmente, dificulta a procura por serviços a duplas mãe-bebê com dificuldades. Nenhuma mulher nasce mãe, elas se tornam mães e isso também é válido para os pais. Podem surgir sentimentos no vir-a-ser-mãe ou vir-a-ser-pai distintos do que foi imaginado por eles. Isso certamente acontece, mas muitos se surpreendem mais quando os sentimentos não são tão bons quanto o que era imaginado. A ambivalência dos sentimentos da mãe e, também, do pai, como já trazido, são esperados em certa medida durante a gestação e o nascimento do bebê. Porém, o prejuízo está quando esses sentimentos tornam-se prevalentes e nesses momentos é importante o olhar de um profissional.

Desde que o bebê nasce, através dos estágios de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência é que o mundo é apresentado ao bebê e esse mundo fará parte de toda sua vida, pois as relações iniciais são as marcas mais íntimas que se carrega ao longo da vida. Justamente por esse motivo que é significativo

o investimento em espaços e profissionais que acolham esses inícios para auxiliar e proporcionar relações diferentes. É a apresentação e contato com o mundo externo que possibilita ao bebê tornar-se um ser humano que pode confiar no seu mundo.

Referências

- Abadi, A. (1998). *O ambiente facilitador*. In: Abadi, A. (1998). *Transições. O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Abadi, A. (1998). *Dependência e capacidade de estar a sós*. In: Abadi, A. (1998). *Transições. O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Abadi, A. (1998). *Integração, personalização, relação com os objetos*. In: Abadi, A. (1998). *Transições. O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Borsa, J.B. & Dias, A. C. G. (2007). Considerações Acerca da Relação Mãe – Bebê da Gestação ao Puerpério. *Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinariedade*, (2) 310-21.
- Cramer, B. (1993). *Profissão Bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, Imago.
- Dias, E. O. (2008). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza humana*, 10(1), 29-46.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1994) Fantasma no Quarto do Bebê - uma Abordagem Psicanalítica dos Problemas que Entravam a Relação Mãe-bebê. (trad.). *Publicação CEAPIA*, (7)12-34.
- Freud, S. Além do princípio de prazer (1920). In: Freud, S (1920-1922). *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 18).
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, (10), 47-55.
- Kahtuni, H. C. (2005) O terapeuta/mãe, o paciente/bebê e os cuidados requeridos. *Psychê*, 9(16), 197-212.

Lins, M. I. A. (2006). *O holding*. In: Lins, M. I. A. (2006). Consultas Terapêuticas: Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, L. M. *Desenvolvimento emocional primitivo e preocupação materno primária*. In: Outerual, J. O. & Graña, R. B. Donald W. Winnicott estudos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 72-87.

Telles, J. C. C., P., Sei, M. B. & Arruda, S. L.S. (2010). Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*, (33), 109-122.

Winnicott, D. W. (1945). *Desenvolvimento Emocional Primitivo*. In: Winnicott, D. W. (2000). Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1956). *Preocupação Materna Primária*. In: Winnicott, D. W. (2000). Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1961). *A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade*. In: C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (1994). Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1958). *A capacidade para estar só*. In: D. W. Winnicott (1983). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1963). *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo*. In: D. W. Winnicott (1983). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1982). *Conheça seu filhinho*. In: D. W. Winnicott (1982) A Criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1982). *E o pai?* In: D. W. Winnicott (1982) A Criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1982). *Mais ideias sobre os bebês como pessoas*. In: D. W. Winnicott (1982) A Criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1982). *O bebê como pessoa*. In: D. W. Winnicott (1982) A Criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1982). *Por que as crianças brincam*. In: D. W. Winnicott (1982) *A Criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.