

A construção da função materna nas situações em que o recém-nascido é diagnosticado com uma patologia crônica¹

Patrícia L. Paione Grinfeld²

Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão sobre o processo de estabelecimento da função materna nas situações em que o recém-nascido é diagnosticado com uma patologia crônica. Em tais circunstâncias, o trabalho materno de reconhecimento e estranhamento indispensáveis para que o bebê imaginário dê lugar ao bebê real fica onerado, já que, no imaginário da mãe, *seu* bebê se torna sinônimo da representação que ela tem da patologia. Com isso, a preocupação materna primária acaba se transformando em preocupação médica primária, podendo comprometer tanto o desenvolvimento psíquico do bebê quanto a instauração da função materna.

A preocupação médica primária pode ser observada através do aprisionamento materno a longos e detalhados relatos sobre o estado de saúde dos bebês e as intercorrências e intervenções médicas, os quais encobrem o ódio ao bebê e o desejo de morte do filho, vividos silenciosamente e culposamente por estas mães.

Na medida em que podemos escutar estas vivências, abrimos caminho para que o bebê seja investido de outras representações, favorecendo àquela que pariu descobrir *seu* bebê e fazer-se mãe.

Palavras chave: função materna, patologia crônica no bebê, preocupação médica primária, ódio ao bebê.

¹ Trabalho apresentado no XI Encontro Nacional e IV Encontro Internacional sobre o Bebê (ABEBÊ) “Quem é o bebê hoje – A construção do humano na contemporaneidade”. São Paulo, 29/04/2018.

² Psicóloga clínica com pós-graduação em Psicoterapia de Casal e Família (PUC-SP) e em Psicanálise na Perinatalidade e na Parentalidade (Instituto Gerar). Idealizadora e co-fundadora da rede Ninguém Cresce Sozinho, que tem como objetivo proporcionar espaços de informação e de reflexão, individualmente ou em grupo, bem como suporte emocional a bebês e crianças, e a homens, mulheres e profissionais que se deparam com questões relacionadas aos primeiros anos de vida e ao processo de se tornar mãe e pai, incluindo o período anterior à concepção ou adoção. Contato: patricia@ninguemcrescesozinho.com.br

Introdução

Este trabalho pretende, a partir da escuta clínica, trazer uma reflexão sobre o processo de estabelecimento da função materna nas situações em que o recém-nascido é diagnosticado com uma patologia crônica que o carimba como “o filho eterno” – expressão que empresto da obra homônima e de caráter autobiográfico do escritor Cristovão Tezza³, na qual ele expõe as dificuldades e vitórias de criar um filho com Síndrome de Down.

Sabemos que o nascimento do bebê humano traz em seu bojo a finitude, na medida em que “dar a vida implica [à mulher] mudar de lugar na cadeia geracional, passar da posição de filha para a posição de mãe, e assim seguir no percurso em direção à morte” (ARAGÃO, 2011, p. 25). No entanto, quando o destino anuncia uma patologia crônica em um bebê que acaba de nascer, eternidade e morte caminham, paradoxalmente, lado a lado.

Diante do imutável da patologia, ser mãe acaba se tornando mortífero. Nestas circunstâncias, então, como uma mãe pode construir e se ocupar de uma função tão vital, e imprescindivelmente viva, como a função materna?

A preocupação médica em lugar da preocupação materna primária

Tomemos o trecho de um dos escritos de Pannunzio (2016) dedicados ao filho que nasceu com fissura labial e palatina, o qual nos ajuda a pensar na experiência vivida pelas mulheres acima referidas frente ao diagnóstico do bebê no seu nascimento: “te tive e não pude te ter” (p.13).

Embora a autora se refira a não poder carregar o bebê no pós-parto devido à brusca separação decorrente do encaminhamento do bebê para a UTI Neonatal, podemos dizer que a expressão “não pude te ter”, também faz referência à grande divergência entre o bebê imaginado – completo e unificado (AULAGNIER apud IACONELLI, 2015), cuja ilusão antecipatória é necessária para a constituição psíquica do bebê e para a construção da parentalidade – e o bebê patológico, imperfeito. Sem *ter* o bebê, como reconhecê-lo e conhecê-lo?

³ Tezza, C. *O filho eterno*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

Conforme Iaconelli (2015), existem duas posições no contato com o bebê, essenciais para o estabelecimento da função materna: a posição de reconhecimento e a posição de conhecimento. Na primeira posição é necessário que alguém, mesmo que não seja a mãe, reconheça que aquela massa orgânica que nasceu trata-se de *um* bebê; posteriormente, é preciso que a mãe reconheça que *um* bebê é *seu* bebê. Na segunda posição é necessário conhecer *seu* bebê, estranho, “que surpreende por não ser idêntico ao corpo imaginado, nem a nós mesmos” (p.161). Deste modo, o trabalho psíquico materno no pós-parto, segundo a autora, consiste em atribuir nos contatos iniciais com o bebê algo que seja da mãe, a qual:

deverá ser capaz de ver-se no bebê, para que este possa ser reconhecido na filiação como sendo o bebê *dela e do pai* por ela escolhido. Mas, ao mesmo tempo, ela deverá deixar necessariamente em aberto um espaço para vir a conhecê-lo, quer dizer, admiti-lo como outro, inédito, estranhá-lo, não reconhecer-se no bebê (p.161-162).

Diante desta colocação, cabem-nos algumas perguntas: Como reconhecer como *seu* bebê aquele que, devido a uma patologia, se torna *tão* distante do bebê desenhado antecipada e ilusoriamente? Como conhecer um bebê que nos primeiros dias (ou meses) de vida pertence *tão* mais a uma equipe multiprofissional do que à mãe, ao pai ou à família? Como atribuir algo que seja da mãe se, imaginariamente, o bebê é *tão* diferente dela? Como deixar espaço para conhecer um estranho que é *tão* assustador e, ao mesmo tempo, *sua imagem e semelhança* – o que coloca a mãe defronte de sua própria estranheza?

Tão, advérbio intencionalmente sublinhado aqui, revela a intensidade da sobrecarga de afetos e cuidados físicos que se somam nas situações em que o diagnóstico de uma patologia confere ao bebê o estatuto de *filho eterno*.

As considerações apresentadas por Morsch et al (2012) sobre as redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal apontam para a dificuldade parental de estar atento aos cuidados que o filho exige e aproximar-se dele num ambiente no qual a dupla parental “tem tão pouca ingerência sobre as decisões a respeito do que fazer com um bebê que, nesse momento, não é só seu” (p.60). Podemos acrescentar que tal ingerência, ainda que possa diminuir com o passar do tempo, não cessa após a alta hospitalar, uma vez que estes casos requerem cuidados médicos e terapias complementares contínuos, muitas vezes com internações posteriores, recorrentes e longas.

Nestas situações, o trabalho de reconhecimento e estranhamento indispensáveis para que o bebê imaginário dê lugar ao bebê real fica onerado, dificultando a instalação da

preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956) – sensibilidade que permite à mãe identificar-se com o desamparo do filho de tal modo que ela se torna capaz de supor como ele pode estar se sentindo.

Granato e Vaisberg (2006) apontam que diante do nascimento de uma “criança especial”⁴ a preocupação materna primária será uma “preocupação especial”,

não tanto em termos de sua intensidade ou profundidade, nem mesmo da capacidade que a mãe tem de se colocar no lugar do bebê, (...) [mas] no sentido de sua duração, já que no lugar do arrefecimento da dedicação absoluta das primeiras semanas ou meses, observaremos o prolongamento dessa situação, um declínio menor do que o habitual, seu retorno em épocas de crise ou ainda sua manutenção por toda uma vida, em situações extremamente peculiares (p.95).

Todavia, mais do que a quantidade de tempo que a mãe se mantém no estado da preocupação materna primária, devemos estar atentos à natureza deste estado nos casos ditos “especiais”. De acordo com Soubieux e Soulé (1992, apud DAVOUDIAN, 2013) “a incerteza sobre a evolução de uma criança [com suspeita de uma patologia na gestação e, podemos acrescentar, de confirmação dela no pós-parto] pode transformar a preocupação materna primária descrita por Winnicott em ‘A preocupação médica primária’, não deixando nenhum espaço para o desabrochar das relações harmoniosas entre a mãe e o filho” (DAVOUDIAN, 2013, p. 156).

Em estudo do impacto sobre as representações maternas diante da suspeita de uma anormalidade em alguma ecografia do primeiro ou segundo trimestre, Cohen et al (2011), colocam que:

no momento do nascimento, o encontro inicial se dá de uma forma conturbada. A mãe não está mais na dinâmica da preocupação materna primária e não se coloca da mesma forma para ajudar seu filho a entrar em comunicação com ela e com os outros, o que gera consequências já conhecidas no desenvolvimento da criança (p.42).

Ao que nos parece, isso também ocorre nas situações em que se confirma no nascimento do bebê o diagnóstico de uma patologia crônica, podendo comprometer, inclusive, a instauração da função materna.

Como sinalizam Druon et al (1999), somente quando os pais deixam a posição de pais-médicos, uma função mais médica do que parental, é que podem se tornar pais “do bebê

⁴ As aspas são minhas, uma vez a denominação “especial” é muito genérica.

que está na cabeça dos pais e não do bebê físico, objeto de tratamento” (p.24); ou seja, do *seu* bebê.

Para haver vida, a morte é necessária

A partir do atendimento psicoterápico de duas puérperas que tiveram seus bebês diagnosticados com uma patologia crônica no momento do nascimento – referidas aqui como caso A (bebê com Síndrome de Down e cardiopatia decorrente da trissomia) e caso B (bebê com lesão cerebral resultante de anoxia perinatal) –, podemos dizer que a preocupação médica primária se instala quando, no imaginário materno, *seu* bebê se torna sinônimo da representação que a mãe tem da patologia. É como se *seu* bebê fosse a patologia, não a patologia clínica, mas a patologia que está inscrita em suas construções subjetivas – o que corrobora os apontamentos de Battikha e cols. (2007, p. 20) de uma “equivalência entre a doença do bebê e o bebê” e o “reconhecimento [do bebê, pela mãe] a partir do seu diagnóstico” e não da linhagem familiar. Nos casos aqui citados, temos, respectivamente, “o retardado” e “a cega”⁵.

“Meu filho não vai se desenvolver, crescer, aprender”, dizia a primeira mãe, que desde a gestação carregava, ainda que veladamente, a fantasia de um bebê-monstro com o qual, após o nascimento, dificilmente se relacionava para além dos cuidados de higiene e terapêuticos. Não saía de casa porque o filho era muito pequeno, suscetível a pegar qualquer doença que pudesse comprometer a estabilidade de seu quadro clínico antes da cirurgia cardíaca, mas também, alvo de olhares inquisidores e desconfiados de que aquele bebê tinha algo de diferente. Não o colocava para brincar no chão porque o menino tinha “déficit de desenvolvimento” (sic) e pouco poderia fazer num espaço maior do que o berço ou o carrinho.

A mãe do caso B se perguntava: “Como vou virar mãe se minha filha não vai poder me ver, me reconhecer como tal?”. Quem cumpria a função de libidinizar o bebê era a avó, talvez porque estava um tanto desacreditada das sequelas neurológicas. Ela brincava com a neta, apresentava-lhe o que era possível, mesmo com a mãe dizendo que seria impossível a menininha enxergar o que lhe era mostrado.

No que tange ao diagnóstico, recorremos a outro escrito de Pannunzio (2016), o qual ilustra o quanto tentar apagar a doença é uma tentativa de evitar a dor que ela causa: “eu

⁵ O comprometimento da visão foi o primeiro aspecto conhecido como resultado da lesão cerebral.

que sempre achei bonito o diferente, de repente me pego tentando deixar você, filho, bem igualzinho aos outros, por uma maior aceitação social” (p.19). Enquanto a mãe do caso A temia a cicatriz da cirurgia cardíaca do filho, a mãe do caso B fazia objeção em relação à gastrostomia⁶ a que sua bebê seria submetida. Procedimentos que deixam marcas perenes, mas acima de tudo, singulares e, portanto, de diferenciação – num momento ainda de fusão.

Duro golpe no narcisismo materno, que, ao anunciar (e reanunciar) o irrecuperável da organicidade traz, de acordo com Mannoni (1964), uma marca indelével na relação mãe-filho, que terá sempre:

um ressaio de morte, de morte negada, disfarçada a maior parte das vezes em amor sublime, algumas vezes em indiferença patológica, outras vezes em recusa consciente; mas as ideias de homicídio existem, mesmo que nem todas as mães possam tomar consciência disso (p. 2).

O aprisionamento a longos e detalhados relatos sobre o estado de saúde de seus bebês e as intercorrências e intervenções médicas, bem como a dedicação exemplar nos cuidados com os mesmos, caminharam com a mãe do caso A ao lado da dúvida de como contar às pessoas mais próximas que o filho nascera com Síndrome de Down. Já a mãe do caso B, mergulhara na leitura de artigos científicos que tentavam dar conta de explicar o que, mais tarde, foi parecendo-lhe ser da ordem do inexplicável, do acaso, mesmo que a causalidade não a isentasse de vagas e brevíssimas associações referentes ao parto, origem do seu drama.

Em ambos os casos o não saber apontava para a incapacidade e a incompletude materna; afinal, “se o bebê ficou marcado por aquilo que não tem, pelo que não é, a mãe poderá sentir-se igualmente marcada como deficiente nesta posição” (BATTIKHA E COLS, 2007, p.21). Ao mesmo tempo, a busca por um saber sobre o rebento, que aparentemente revelava a pulsão de vida, encobria fantasias mortíferas e o desejo de morte que não podia ser falado, mas que parece ter sido o que, com apoio nas palavras de Mannoni (1964), levou estas mães a procurarem um espaço de fala/escuta:

a mãe deseja obscuramente que a sua pergunta nunca receba resposta, para que possa continuar a fazê-la. Mas precisa de força para continuar, e é isso que ela vem pedir. Precisa de uma testemunha, uma testemunha

⁶ A gastrostomia é a colocação de um tubo de alimentação diretamente no estômago através da parede abdominal.

que sinta que por trás da fachada de tranquilidade, ela não aguenta mais (p.2).

Não aguenta mais porque ela, a mãe, como destaca Mannoni (1964), “é de tal modo sensível a qualquer atentado à vida que saiu dela, que pode também sentir-se senhora da morte quando o ser que trouxe ao mundo torna impossível, para ela, qualquer projeção humana” (p. 1-2).

Para amar, é preciso poder odiar

Davoudian (2011) cita o trabalho dos psicanalistas do Instituto de Puericultura de Paris, Michel Soulé, Marie José Soubieux e François Sirol sobre a ambivalência materna de desejar a criança e sua componente odiosa diante do anúncio, na gravidez, de uma anomalia ou de sua suspeita, apoiando-se no conceito de ódio ao feto apresentado por Sirol:

Esse conceito de ódio será retomado a propósito dos efeitos psíquicos do anúncio de anomalias suscetíveis de mobilizar o ódio inconsciente em parte do fato da profunda ferida narcísica que ela inflige à mãe. No entanto, Sirol indica que esse ódio opera no mais das vezes sob a forma de uma intensa culpabilidade. Para a mãe, a falta de conhecê-la e pensá-la sustentaria todo o processo de ódio no pós-natal. O retorno desse ódio pode (...) entrar a instauração de relações precoces harmoniosas. Num espelho, esse ódio é muito difícil de ser pensado pelos profissionais que podem equivocar-se ao tentar acalmar uma culpabilidade sem fundo. Sirol propõe como pista de trabalho para a prevenção ou o reparo das perturbações precoces mãe-bebê, permitir à mãe um espaço de escuta, abordar esse sentimento hostil ao feto. Esse trabalho permitiria o desaparecimento da culpabilidade que ainda a persegue no pós-natal (p. 154-155).

O conceito de ódio ao feto serve-nos para pensar no ódio ao bebê que nasce com uma doença incurável.

Quanto mais as mães ouviam frases, proferidas por familiares, amigos e profissionais da saúde, como por exemplo “Deus não dá um fardo maior do que se pode carregar”, “as crianças com deficiência são muito amorosas” ou “tenha fé”, mais ódio elas relatavam sentir sobre quem falava. Acreditamos, porém, que este ódio era deslocado do ódio ao bebê, a quem a mãe, em alguma medida, deseja a morte, mas a silencia secreta e culposamente.

Na contratransferência, a fantasia de morte dos bebês nos toma, com toda angústia dela decorrente. É preciso que o psicoterapeuta possa pensar na morte, se angustiar com ela, para poder suportar que cada mãe fale de seu temor – e desejo – de morte do filho. Como

coloca Jerusalinsky (2002), “quando se dá lugar à palavra, acaba por emergir o que resulta insuportável e que, ao mesmo tempo, permeia, em uma medida ou outra, todos os laços que se estabelecem: o desejo de morte” (p.174).

Na medida em que podemos escutar e falar sobre o ódio e o desejo de morte do filho, inicialmente encobertos por defesas psíquicas necessárias para que essas mães não desmoronem e para que possam sustentar o vínculo com seu bebê (BATTIKHA, 2017), ainda que pela via do diagnóstico, abrimos caminho para que o bebê seja investido de outras representações.

Depois de relatar a história da gestação, do parto e dos primeiros meses de vida de seu filho, insistindo na pergunta sobre como contar que o menino era portador da trissomia do cromossomo 21, pergunto à mãe do caso A se ela, enquanto profissional que trabalhara com bebês, já tinha estado diante de algum com a síndrome e, se sim, se ela sabia como tinha sido para a mãe daquela criança a descoberta da doença. Ela diz: “Acompanhei por bastante tempo um menininho. A mãe dele ficou muito próxima a mim e me contou que quando o filho nasceu disse para a mãe dela para tirar o bebê de perto dela pois ela não iria cuidar dele. A avó disse que cuidaria do bebê, mas a mãe disse que queria que ele fosse cuidado por alguém que estivesse bem longe dela, para que ela não tivesse notícia da criatura”.

A partir desta fala, a mãe do caso A pode começar a falar do seu ódio por ter um filho imperfeito, da culpa por gerar um bebê com tal patologia pela idade avançada e do medo de o filho morrer na cirurgia que se aproximava, não mais perguntando como contaria para as pessoas mais chegadas sobre a síndrome do menino. A cada sessão, relatava os encontros com as amigas, e a forma como cada uma, positivamente, recebera a notícia. Acompanhando pelas redes sociais as imagens e depoimentos de mães com filhos com a mesma patologia do seu, foi podendo perceber que uma criança com tal síndrome não tem um atraso no desenvolvimento tão grande quanto ela tinha imaginado. Ao falar da sua angústia, foi podendo perceber que *seu* bebê era um serzinho e não uma síndrome – “Tão bonitinho vê-lo brincando...” (sic).

A mãe do caso B, por sua vez, numa das sessões ocorridas após considerável agravamento do quadro clínico da filha, diz que chorou mais do que devia na semana que passara. Perguntada pela terapeuta por que não devia chorar, ela diz que precisava ser forte para conseguir transmitir força para a filha, já que percebia que se ela, a mãe, transmitia

força o bebê ficava melhor. Pela primeira vez ela falou que não queria que o sofrimento da filha fosse prolongado e que seria melhor que o bebê morresse se ele não fosse sobreviver a tantas intercorrências e intervenções. A mãe chora muito e diz que não tem mais o que ler, que já leu tudo o que podia sobre as sintomatologias apresentadas pela menina. Reconhece que a literatura científica acobertava sua angústia, distanciando-a do *seu* bebê. O tema da morte esteve presente nas sessões seguintes. Desde então, começou a aparecer uma mãe, viva, e não mais uma pessoa mortificada, cuja vida só pulsava através da “técnica de saúde” que discutia com os médicos como se fosse um deles. Consequentemente, começou a estar com a filha, brincar com ela, cuidar dela como um bebê e não apenas como um doente, embora sua doença jamais deixará de existir.

Considerações finais

Podemos dizer que o caminho para a construção da função materna às mães em que o acaso arrebatadamente concede um *filho eterno* é bastante tortuoso. Nele, o que toda mulher necessariamente precisa passar para, do ponto de vista psíquico, tornar-se mãe, é regado por um transbordamento de afetos que escancara a ambivalência materna em suas facetas de amor e ódio, de pulsão de vida e de morte. Contudo, na medida em que a angústia, fantasias e outros sentimentos encobertos pelos excessos vão sendo nomeados, favorece-se àquela que pariu, descobrir *seu* bebê e fazer-se mãe. Ou, que se faça mãe aquela que, para além de ter *um* bebê doente, pode conhecer *seu* bebê, através de um saber que só se constrói na relação com ele.

Bibliografia

ARAGÃO, R.O. de. *Tornar-se mãe de seu próprio filho*. Curitiba: Honoris Causa, 2011.

BATTIKHA, E.C. *A comunicação do diagnóstico na UTI neonatal: médicos e pacientes: assimetrias e simetrias*. São Paulo: Escuta, 2017.

BATTIKHA, E.C. e cols, “As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves”. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Jan-Mar 2017, vol. 23, n.1, pp.17-24.

COHEN, D. “Acompanhamento ecográfico pré-natal de gravidez com suspeitas de má-formações: estudo do impacto sobre as representações maternas”. In: *O bebê e seus*

intérpretes: clínica e pesquisa. LASNIK, M.C. e COHEN, D. (org.). São Paulo: Instituto Langage, 2011.

DAVOUDIAN, C. “Perturbações psicossomáticas do bebê...” In: *Do que fala o corpo do bebê*. MARIN, I.K. e ARAGÃO, R. O. (org.). São Paulo: Escuta, 2013.

DRUON, C. et al. “Intervenções psicológicas em neonatologia”. In: *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. WANDERLEY, D. de B. (org.). Salvador: Ágalma, 1999.

IACONELLI, V. *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. São Paulo: Annablume, 2015.

JERUSALINSKY, J. “Crônica de um bebê com morte anunciada – intervindo com a instauração do sujeito na eminência da morte”. In: *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. BERNARDINO, L.M.F. e ROHENKOHL, C.M.F. (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MANNONI, M. (1964). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

MORSCH, D.S. et al. “Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal”. In: *Maternidade e paternidade em diferentes contextos*. PICCINNI, A. B. e ALVARENGA, P. (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PANNUZIO, L. *Para ler quando crescer*. São Paulo: Pólen, 2016.

VAISBERG, T.M.A. e GRANATO, T.M.M. “A preocupação materna especial”. In: *Ser e fazer: na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.

WINNICOTT, D.W. (1956). “A preocupação materna primária”. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.