

**FUNÇÃO MATERNA E OS FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS:
REFLEXÕES A PARTIR DA ASMA INFANTIL**

Adriana de Oliveira

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia sob a orientação da
Profa. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Porto Alegre, julho de 2002.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Alcides e Dóris que, ao priorizarem meus estudos, me ensinaram que o conhecimento é uma das grandes riquezas humanas.

À Dianice, minha irmã e colaboradora, que partiu sem poder agradecê-la por sua fundamental contribuição na coleta dos dados e pela sua incrível habilidade e desenvoltura com crianças. Sua cooperação em tempo e dedicação foi um grande diferencial para este trabalho. Obrigada.

Aquele que participou de forma ativa na construção deste trabalho, sempre ao meu lado, transmitindo seus conhecimentos, sendo continente às minhas angústias, acenando sempre para o lado positivo e instigante dos desafios, me contagiando com seu bom humor e principalmente por me presentear com seu amor. Te amo João!

A minha orientadora, Rita Sobreira Lopes, que dialogou comigo e me estimulou ao me dessassogar de minhas certezas.

A Silvia Molina, por sua interlocução.

Ao Dr. Gilberto Bueno Fischer, na qualidade de representante do HMIPV, por sua contribuição e acolhida ao presente estudo.

Ao Alziro, funcionário desta instituição, que dispôs seu tempo para me ajudar nesta pesquisa.

RESUMO

Na literatura psicanalítica, a gênese dos fenômenos psicossomáticos é situada na dinâmica estabelecida na primeira infância entre o bebê e sua mãe, em uma fase auto-erótica. É relevante para compreender estes fenômenos as formas de operar das funções materna e paterna. Ao estudar a doença asmática neste universo pré-simbólico, refletiu-se sobre a interação psicossomática estabelecida na infância primordial, identificando a asma como um fenômeno ‘psicoasmático’.

Trata-se de um estudo de cinco casos de díades com crianças asmáticas de até dois anos. O estudo revela que a angústia materna pode incidir de forma operante na díade, sendo a asma infantil compreendida como a própria angústia manifestada no corpo. As crianças asmáticas estão basicamente sob a ingerência materna. As mães parecem ser mais descritivas que interpretativas na leitura das manifestações de seus filhos. Identificou-se a relevância das vivências maternas infantis para a qualidade dos cuidados maternos, evidenciando que quanto menos condições simbólicas tiverem as mães, mais graves poderão ser as manifestações ‘psicoasmáticas’. No que diz respeito à função paterna, se mostrou a relativa participação dos pais nos cuidados com seus filhos. Sobressaiu-se que o parceiro não possuía lugar de destaque no investimento libidinal materno. São discutidos os aspectos interatuantes da dinâmica ‘psicoasmática’.

ABSTRACT

In the psychoanalytic literature the genesis of the psychosomatic phenomena is situated in the dynamics established in early infancy between the infant and the mother, during an auto-erotic phase. In order to understand these phenomena it is relevant to know the ways that maternal and paternal functions operate. When studying the asthmatic illness in this pre-symbolic universe we reflected on the psychosomatic interaction established in early infancy identifying asthma as a 'psychoasthmatic phenomenon'.

This is a study of five cases of dyads with asthmatic children of up to two years of age. The study reveals that maternal anxiety may operate in the dyad, the child's asthma understood as the anxiety itself manifested in the body. Asthmatic children are basically under maternal care. The mothers seem to be more descriptive than interpretative in the reading of their children's manifestations. The relevance of maternal childhood experiences for the quality of maternal care was identified, showing that the less symbolic conditions the mothers have more serious the 'psychoasthmatic' manifestations. As far as paternal function is concerned, the relative participations of father in children's care was shown. It was found that the partner did not have a place of importance in maternal libidinal investment. The interacting aspects of the 'psychoasthmatic' dynamics are discussed.

SUMÁRIO

Capítulo	8
Introdução	8
1. A constituição psíquica e os efeitos da linguagem	9
2. Função materna e o desenvolvimento infantil	17
3. Função paterna e o desenvolvimento infantil	32
4. Subjetivação e os fenômenos psicossomáticos	35
5. A asma e sua incidência na infância	55
6. Estudos sobre o tema da dinâmica: função materna e asma infantil	65
7. Considerações Teórico-metodológicas e Objetivos do Estudo	71
Capítulo II	75
Método	75
2.1. Participantes	75
2.2. Delineamentos e procedimentos	76
2.2.1. Aspectos Relacionados à Seleção dos Participantes	77
2.2.2. Aspectos Relacionados à Coleta de Dados	77
2.3. Instrumentos e Material	78
2.3.1. Observações	78
2.3.2. Consentimento Informado	78
2.3.3. Entrevistas Preliminares sobre Maternidade e Asma infantil	79
2.4. Análise dos Dados	79
Capítulo III	82
Resultados e discussão dos casos	82
3. 1 Aspectos singulares dos casos estudados	82
3.1.1. Caso 1: Andressa	82
3.1.1.1 Síntese do Caso	82
3.1.1.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	84
3.1.3. Lugar do pai no discurso materno	90
3.1.1.4. Situações identificadas como angustiantes maternos	92

3.1.1.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce	97
3.1.1.6. Outros aspectos da dinâmica entre Andressa e Diogo	100
3.1.1.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial	104
3.1.2. Caso 2: Catarina	104
3.1.2.1. Síntese do Caso	104
3.1.2.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	105
3.1.2.3. Lugar do pai no discurso materno	108
3.1.2.4. Situações identificadas como angustiantes maternos	110
3.1.2.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce	112
3.1.2.6. Outros aspectos da dinâmica entre Catarina e Edson	113
3.1.2.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial	117
3.1.3. Caso 3: Mariana	118
3.1.3.1 Síntese do Caso	118
3.1.3.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	119
3.1.3.3. Lugar do pai no discurso materno	124
3.1.3.4. Situações identificadas como angustiantes maternos	129
3.1.3.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce	130
3.1.3.6. Outros aspectos da dinâmica entre Mariana e Gustavo	131
3.1.3.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial	136
3.1.4. Caso 4: Ana Maria	137
3.1.4.1 Síntese do Caso	137
3.1.4.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	138
3.1.4.3. Lugar do pai no discurso materno	139
3.1.4.4. Situações identificadas como angustiantes maternos	142
3.1.4.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce	145
3.1.4.6. Outros aspectos da dinâmica entre Ana Maria e Márcia	146
3.1.4.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial	153
3.1.5. Caso 5: Fabiana	154
3.1.5.1 Síntese do Caso	154
3.1.5.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	156
3.1.5.3. Lugar do pai no discurso materno	160
3.1.5.4. Situações identificadas como angustiantes maternos	167

3.1.5.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce	174
3.1.5.6. Outros aspectos da dinâmica entre Fabiana e Heitor	175
3.1.5.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial	180
3.2. Aspectos comuns dos casos estudados	180
3.2.6.1. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe	180
3.2.6.2. Lugar do pai no discurso materno	184
3.2.6.2.1. A forma como o pai aparece enquanto pai de seu(s) filho(s)	185
3.2.6.2.2. Como a mãe vê a relação amorosa do casal	187
3.2.6.3. Situações identificadas como angustiantes maternos	191
3.2.6.4. Recordações maternas frente a sua infância precoce	196
3.2.6.5. Outros aspectos da dinâmica entre a mãe a criança	198
3.2.6.5.1. Sobre o sexo desejado	198
3.2.6.5.2. Sobre a angústia do oitavo mês	200
3.3. Considerações finais	202
Referências	210
Anexo A	218
Anexo B	219
Anexo C	224

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As condições que permitirão à criança que sua trajetória transcorra de maneira satisfatória estão relacionadas aquelas influências que incidem mais precocemente no seu desenvolvimento. Desta forma, este trabalho focaliza sua atenção no desenvolvimento infantil na primeira infância e seus pontos de enodamento com o fenômeno psicossomático da asma. Sendo assim, o ponto de partida deste estudo toma por base a função materna, considerando que a organização psicossomática infantil remete ao primórdio do desenvolvimento e é através da mãe que a criança inicia seu enlace no mundo. Este estudo também concebe a função paterna como essencial na organização pulsional infantil, função esta que relança a criança, inaugurando-a em um mundo social repleto de significações, possibilitando-lhe novas formas relacionais. Reconhece também que dentro da novela familiar todos integrantes estão imbricados e que qualquer dificuldade encontrada por um dos componentes poderá afetar e emperrar o funcionamento familiar. Isto é mais expressivo quanto maior a interdependência encontrada neste meio. Desta forma, entendendo a importância das eficácias materna e paterna na complexidade psicossomática, este trabalho foi atravessado pela formulação: qual a dinâmica psicossomática estabelecida na primeira infância no que diz respeito à asma infantil?

A direção tomada neste trabalho centraliza-se nas manifestações da angústia nos componentes da díade e ao espaço designado à função paterna quanto à forma que o pai aparece enquanto pai de seu(s) filho(s) e ao lugar que o parceiro ocupa enquanto objeto de amor desta mãe.

A motivação para desenvolver este trabalho é proveniente de minha vivência profissional, trabalhando durante anos com mulheres com diagnóstico de câncer de mama, e conseqüentemente, do meu interesse em aprofundar o estudo referente ao processo do adoecer humano. O ponto de partida para circunscrever este trabalho foi o conceito de “histeria arcaica” de McDougall (1989/1996) que define as manifestações psicossomáticas como decorrentes de laços pré-verbais.

A pesquisadora optou por dialogar neste estudo com pesquisadores da área. Desta forma, é importante destacar o reconhecimento de distintas autorias nesta dissertação, considerando-as como necessárias nesta composição, ao mesmo tempo em que não desconsidera a legitimidade das

produções freudiana, lacaniana e winnicottiana e a genuinidade destes autores. Esta pesquisa será compreendida à luz da psicanálise, mais precisamente referendada no pensamento de Freud e Lacan e de seus seguidores, o qual sempre serviu de referencial para entender os fenômenos provenientes da minha prática clínica.

Para fundamentá-la, a base teórica que a sustenta foi dividida em sete tópicos que compõem o capítulo introdutório. O primeiro discorrerá sobre a articulação entre constituição psíquica e os efeitos da linguagem. O segundo abordará os aspectos relacionados à função materna e ao desenvolvimento infantil. O terceiro tópico é dirigido às questões pertinentes à função paterna e sua relevância no desenvolvimento infantil. O quarto tópico é reservado a aspectos da subjetivação e sua inter-relação com os fenômenos psicossomáticos. O quinto tema a ser abordado alude à asma infantil e sua incidência na infância. O sexto item remeterá aos estudos referentes ao tema da função materna, asma infantil e sua articulação com a presente pesquisa. E, finalmente, o sétimo tópico corresponde às considerações teórico-metodológicas e aos objetivos deste estudo.

1. A constituição psíquica e os efeitos da linguagem

A constituição do sujeito é sustentada a partir da dimensão relacional com um outro ser humano que investe no seu desenvolvimento. É na interação de um ser humano com outros seres humanos que a subjetividade se constitui. Portanto, é perpassada pela cultura através de um determinado círculo familiar que transmite à criança o seu sistema de significações e representações, mais particularmente a mãe ou representante materno. O contexto nuclear no qual o bebê nasce, freqüentemente se configura com a presença da mãe, do pai ou de seus representantes.

O sujeito não é constituído desde o começo, citando Jerusalinsky (1984), há “... na mãe, um sujeito para si mesma e outro para emprestar ao seu bebê” (p. 47). Há uma intersubjetividade em jogo que é sustentada pela mãe e que necessita de uma ilusão de resposta psicológica. Esta ilusão tem como base as respostas materiais dos mecanismos constitucionais do bebê.

Para que um bebê possa se desenvolver em um ambiente satisfatório é fundamental que ela encontre um semelhante que o acolha como forma de sua sobrevivência. Trata-se de sobrevivência física e psíquica, pois se sabe que o ser humano, ao nascer, não possui recursos próprios para sua sobrevivência.

A história do indivíduo inicia desde a concepção mental do casal parental que gesta um filho a partir de seus imaginários. Sabe-se que desde já se forma concepções normalmente diferenciadas

pelos pares quanto à imagem que elaboram de seu futuro filho. Mesmo antes de sua concepção é falado por seus pais que investem seus desejos, expectativas e temores sobre a idéia que constroem sobre seu futuro filho. Esta viagem empregada pelos pais pode se estender para além de sua primeira infância, imaginando desde já como seu filho será quando crescer. Esta antecipação é compartilhada por Andrade (1998), que reconhece a existência do bebê antes mesmo de ele existir, presente nas fantasias de seus pais. Para o autor, o nascimento é o início de uma extensa e árdua caminhada em um terreno acidentado. A capacidade da criança de poder caminhar sozinha será delimitada pela função de seus pais. Molina (2001) escreve que a construção do filho imaginado necessita manter-se ainda, no decorrer do desenvolvimento, no psiquismo dos pais, pois são eles quem sustentam os projetos simbólicos do filho e lhe oferecem os alicerces imaginários necessários para que seu desenvolvimento se organize.

Ao situar a constituição subjetiva do sujeito como pertencendo à vida relacional, é fundamental ressaltar a importância do Outro neste processo. À luz da psicanálise, o ser humano, para constituir-se enquanto sujeito desejante, necessita aceder ao simbólico. Para isto, ele precisa perpassar alguns caminhos. A estruturação psíquica e as habilidades corporais de uma criança dependerão da simbolização possível de operar no corpo do bebê. Este processo de simbolização dependerá do Outro que encarnado, instala as funções parentais, o enlaça e o toma como desejante, incluindo-o em sua cadeia significante. Acrescenta-se a isto o que Molina (2001) aponta, que o corpo biológico do bebê deverá ser recoberto por significantes maternos e paternos desde seu nascimento. Sendo assim, a criança irá suportar em seu próprio corpo as marcas simbólico-imaginárias que seus pais precisam traçar para que ela se sustente como sujeito, conforme escreve Jerusalinsky (1988).

Sobre o imaginário, simbólico e o real Lacan (1953-1954/1986) refere que estes três registros são fundamentais para entender a técnica e a experiência freudianas. De forma sucinta, depreende-se que o real é o que não pode ser simbolizado totalmente na palavra ou na escrita, e por isto, não cessa de não se inscrever. O registro do imaginário deve ser entendido a partir da imagem, é um engodo, sendo o registro dos sentimentos. Já o simbólico é um sistema complexo que envolve as atividades humanas, fazendo o homem ser regido pela linguagem, onde se liga a função significante.

Há inicialmente para a criança, segundo o autor, os registros simbólico e real. Ele escreve que tudo o que compomos, enriquecemos e diversificamos no registro do imaginário, parte destes dois extremos. Em um certo sentido, escreve Lacan (1953-1954/1986), tem razão quem fala que a criança é mais cativa do imaginário do que do resto, pois o imaginário se faz presente. Entretanto,

ele é inacessível, ele somente deixa de sê-lo a partir de suas realizações no adulto. Em outras palavras, o imaginário somente se torna possível pelo empréstimo de seu cuidador, que lhe oferta seu próprio imaginário.

Na estruturação psíquica do ser humano, de acordo com Molina (2001), cabe a função materna inscrever a lógica simbólico-imaginária no corpo de seu bebê. A função materna serve a ele como referência, através da imagem que lhe empresta por meio de seu corpo e psiquismo, assim como também o faz através das filiações familiares e culturais por meio da função paterna (perspectiva sincrônica). Por meio destas marcas inscritas no bebê é que este poderá ingressar na complexa estrutura simbólica, em sua articulação com os fenômenos por ele vivenciados quanto à evolução temporal (perspectiva diacrônica).

A partir do nascimento, nas palavras de Molina (2001), inicia-se “a operação de recobrimento significativo do corpo biológico” (p. 1) do bebê, “como um sistema no qual se encontram delineadas, virtualmente, as referências simbólico-imaginárias – nas instâncias espaço-temporais que a criança virá a ocupar em sua progressão constitutiva e através de todas as aquisições psicológicas, de ordem estrutural e instrumental” (p.1). O significativo materno se nutrirá desta complexidade que une as funções materna e paterna e as filiações na cultura, fazendo assim, as inscrições pulsionais. É através da função materna que se inaugura a parcialidade do objeto pulsional, que está referida a totalidade. Esta totalidade é fictícia, todavia, o organismo do bebê organiza sua parcialidade sempre como complemento desta totalidade. Esta totalidade é percebida apenas no espelhamento psíquico oferecido por sua mãe, pois o bebê tem sensações corporais fragmentadas, parciais, que desintegram e desorganizam seu precário aparelho psíquico. Estas sensações se acentuam quando o bebê carece da sustentação psíquica das funções parentais. A criança necessita do Outro materno, devido a sua precariedade constitutiva. A criança necessita conservar esta relação e estruturação especular estabelecida com o Outro materno com o intuito de obter uma condição psíquica que lhe permita organizar seu esquema corporal e a percepção da realidade “através da vivência da tridimensionalidade” (p. 2), até que tenha condições de construí-la. Isto possibilita, por exemplo, que o lactente sugue sua mãe de formas diversas.

De acordo com Molina (2001) a amamentação é uma cena que revela o estilo da instalação da função materna e onde é possível identificar o estabelecimento da parcialidade objetal e ao mesmo tempo a unificação simbólica do objeto no corpo e psiquismo materno. Molina (2001) escreve que a materialidade do leite é simultaneamente, sustento do organismo e veículo que possibilita a absorção simultânea das palavras maternas introduzidas através do olhar, do toque, do

contato corporal da mãe ao abraçar seu filho. Abraço este que contém, dá forma, volume e situa espacial e temporalmente o corpo fragmentado do lactente. A mãe deverá dispor seu corpo de forma que o prazer erótico da mamada colonize seu corpo, “pelo conhecimento tátil e global e segmentar do corpo” (p. 2). O bebê, ao mamar, deverá ser colocado em uma posição que facilite seus movimentos permitindo-lhe, ao mesmo tempo em que mama, fazer explorações no corpo materno. A mãe, por sua vez, inscreverá os significantes maternos através do toque, do olhar e voz. Esta liberdade de ação proporcionada no colo materno e ao mesmo tempo é contingente, permitindo a criança investigar o seu entorno, organizando seu espaço através dos sentidos tátil e da audição. O bebê irá organizando seu ritmo de mamadas, intercalando a mamada com o olhar para sua mãe e ao seu redor. Esta atitude do bebê de deslizar para além do seio materno irá preceder o desdobramento do objeto pulsional. Com esta atitude ele irá dar conta dos objetos que surgirão em consequência deste desdobramento do objeto pulsional, que surge a partir da ausência do objeto primordial.

Segundo Molina (2001), a falta instalada opera como uma promessa, e esta irá modular o estilo de interação, de cuidado materno. A autora escreve que “esta especular imagem primordial que a função materna provisoriamente doa, penetra no aparelho biológico do seu filho, distribui-se nele, contribuindo tanto para a configuração dos órgãos internos e suas cavidades quanto para a delimitação do corpo imaginário e de suas bordas comunicantes com a realidade através do Outro” (p. 3). O estilo de perceber do bebê será moldado a partir da articulação da posição simbólico-imaginária que a mãe inscreverá em seu filho e, desta forma, também norteará a maneira como ele irá lidar com os objetos pulsionais.

A marca inscrita pela mãe no seu filho o convoca a querer saber sobre si mesmo a partir do Outro materno. Esta marca será apresentada via língua materna, que interpreta e traduz o mundo através dos recursos perceptíveis disponíveis pela mãe e que possibilitem a seu filho o acesso aos significantes provenientes da cultura. Caso isto ocorra, evidencia-se uma posição simbólica materna.

O imaginário irá se organizar a partir das imagens que, através de sua criatividade, a mãe irá ofertar ao seu filho. O imaginário parental sofrerá influência do imaginário social, tanto no que diz respeito a aspectos particulares quanto aqueles oriundos de patologias genéticas, orgânicas, circunstâncias sociais, econômicas e culturais menos favorecidas.

A intersubjetividade articula-se, desde sua origem ao manejo do símbolo, conforme Lacan (1953-1954/1986), partindo de uma nomeação que simultaneamente destrói a coisa a passa ao plano simbólico. Há assim, a instalação do registro simbólico, registro propriamente humano. O autor dá

exemplo de que, graças à dimensão simbólica é possível fazer entrar elefantes em uma sala independente da largura da mesma. Desta forma, é necessário não negligenciarmos a dimensão intersubjetiva.

É importante destacar, tal como assinala Jerusalinsky (1988/1989), que a constituição do sujeito não depende de um processo maturativo, apesar de o desenvolvimento depender. O processo maturativo referencia o sujeito, fazendo-lhe limite, todavia, não o condiciona, tampouco o determina.

No transcorrer de sua trajetória de desenvolvimento, o bebê irá se deparar constantemente com o novo. Fará, conforme Andrade (1998), um movimento retroativo que visa a busca de uma harmonia, freqüentemente encontrada no período de vida intra-uterina. Esta busca será realizada através do sono, atividade que ocupa bastante tempo de sua vida diária, bem como encontrará nos braços maternos uma reintegração ao seu corpo. A mãe, por mais continente que seja das angústias de seu filho, o frustrará. Esta ausência materna poderá provocar no bebê, no decorrer de seu desenvolvimento, a mudança de uma posição passiva em relação à mãe e seu meio circundante a uma atitude ativa. Isto fará com que a criança construa, aos poucos, alternativas para lidar com a esta ausência materna que não consegue dar conta de todas as demandas oriundas do seu filho. Há uma comunicação entre a mãe e seu filho, o que permitirá a ela significar os sinais que o bebê lhe dirige. Este sentido será perpassado pela lente pessoal da mãe e das pessoas que integrarão o sistema familiar do bebê. McDougall (1989/1996) levanta interrogações a respeito da construção subjetiva do bebê, referindo-se a sua capacidade de se tornar um ser único, de aceder a uma identidade que lhe é singular. Aponta que a vida psíquica inicia através de uma experiência de unidade fusional onde há um corpo e um psiquismo para dois. Refere-se à relação estabelecida entre a mãe e seu bebê. Apesar de serem, a olhos vistos, dois corpos distintos, esta não é a dinâmica vivenciada por quem dela participa. O bebê não reconhece esta diferença, entendendo ambos como sendo um só. Nesta fase inicial não existe o estabelecimento de uma relação de objeto, pois não há diferenciação. A mãe é para seu filho um ambiente totalizante.

Entretanto, para que a criança constitua-se enquanto sujeito, é de fundamental importância a eficácia da função paterna. É necessário que seja feito um corte nesta relação dual entre a mãe e seu bebê, introduzindo falta simbólica e produzindo “... um corte subjetivo nas fantasias de completude absoluta” (Ranña, 1998, p. 125).

Nos casos onde se instala uma neurose grave, Molina (2002) escreve que a inscrição da lógica simbólico-imaginária dependerá do nível de inconsistência da função paterna, sofrendo uma variabilidade na acentuação imaginária. As imagens oferecidas pela mãe têm um acentuado

significado afetivo nos momento pré-especular e especular, quando há um fracasso na transformação dos significantes primordiais maternos devido ao fracasso na função paterna. Sendo assim, a imagem que a mãe lhe empresta deixa de ter um aspecto formador, unificante e normativo de inauguração do sujeito, e esta passa a ser alienante. Desta forma, o bebê fica sujeito ao risco de micro-forclusões. Nas neuroses em geral “a lógica materna será simbólico-imaginária, remetendo ao Outro através da função paterna” (p. 4).

O ser humano, desde suas origens, foi introduzido por sua mãe no universo familiar. Ao estabelecer com seu bebê uma comunicação, também o inseriu na linguagem, passando então a ser constituído por esta rede de significantes, composta de palavras, gestos, e efeitos nele produzidos pelo social e que o marcarão no transcorrer de sua vida. A linguagem é o ponto por excelência que o coloca em relação às demais pessoas. Ela preexiste ao sujeito, que emerge em um determinado contexto, em uma determinada cultura. Sendo assim, escreve Jerusalinsky (1987), ao nascer, o bebê encontra a linguagem feita e tem que responder a ela. Este sistema, que é a linguagem, utiliza-se de signos, porém, estes não são utilizados na sua função de signo. Diferentemente do que ocorre com os animais. O autor utiliza um exemplo para clarear este aspecto: para os animais o mundo está biologicamente organizado por uma variedade de signos por eles percebidos e, desta forma, os objetos são organicamente percebidos por eles. Suas percepções e sensações ocorrem em decorrência de um sistema nervoso geneticamente condicionado a diferenciar as percepções dos animais. Para o reino animal, os signos funcionam como signos, suas funções são estáticas e respondem desta maneira, pois os signos são geneticamente estabelecidos. Se um gatinho se deparar com alguma garra diante de si, ele se encolherá. Reagirá da mesma forma se algo em forma de garra se aproximar, uma mão, por exemplo. Não mudará seu comportamento conforme o caso. Isto está previamente definido.

Entretanto, o autor segue dizendo que, no ser humano, nada ocorre como puro signo. Seu comportamento é diametralmente antagônico, tudo desliza de lugar, não funciona como nos animais, como algo fixo. A mãe não costuma significar todo o choro de seu bebê, por exemplo, como sendo um chamado dele a ela. Ela irá dar ao choro uma variedade de significações conforme o contexto. Sendo assim, diz Jerusalinsky (1987), o choro não é signo e sim, significante. Aí reside a fundamental diferença que situa a inserção do bebê no campo da linguagem, apesar de ele não falar, sem poder, desta forma, escapar do campo da linguagem. Para ser alguém, o ser humano necessita da linguagem, devido sua importância para a vida relacional humana.

Sobre o apelo, Lacan (1953-1954/1986) fala que tanto os homens como os animais são capazes de endereçar apelos. O autor exemplifica com o animal doméstico que procura atrair a atenção para aquilo que de uma certa maneira lhe falta. Entretanto, o apelo humano difere substancialmente deste, pois se trata de um apelo pautado em um desenvolvimento mais ulterior, mais rico, onde já há a aquisição do nível da linguagem. O apelo se desdobra em equivalentes, onde passa a haver a substituição dos objetos, o deslizamento significante.

A palavra, segundo Lacan (1953-1954/1986), tem panos de fundos ambíguos: “a palavra é essencialmente o meio de ser reconhecido” (p. 263), sendo possível falar de linguagem dos animais na medida exata em que existe alguém para significá-la, compreendê-la. O sentido da palavra não é unívoco, havendo sempre um mais-além, uma diversidade de sentidos. “Atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer, e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e nada será nunca esgotado – se não é que se chega ao fato de que a palavra tem função criadora e faz surgir a coisa mesma, que não é nada senão o conceito” (p. 275).

Sendo assim, a linguagem, apesar de ser a rede do mundo que ela compõe, não o representa totalmente. Entre o que se diz e a realidade há um abismo. Na rede de comunicação humana sempre fica algo a dizer, o que possibilita os equívocos incessantes que ocorrem nesta esfera.

É relevante para a compreensão da dinâmica psicossomática, reiterada no decorrer deste trabalho, reconhecer o contexto social no qual o sujeito está inserido e que inicia a partir da célula nuclear que é a família do bebê.

O bebê se desenvolverá em um determinado grupo familiar, escreve Infante (1996), onde circula um discurso que lhe é particular e que remete a uma cultura determinada. Este discurso, que preexiste ao sujeito, irá constituir-lo. Estamos falando da linguagem, que possui uma dimensão simbólica e que possui um caráter representativo. A linguagem é constituída por significantes e significados. Os significantes são elementos discretos que sozinhos nada significam, mas, que ao serem colocados e articulados em seqüência, em uma cadeia, passam a produzir sentidos, que são os significados. Infante (1996) segue assinalando que o significante se articula a outro significante e não ao significado. A rede de significantes possui dois eixos: metafórico e metonímico. O eixo da metáfora substitui um significante por outro significante e produz, na história do sujeito, uma diversidade de sentidos; o eixo da metonímia conecta um significante a outro. Ambos vão compor a história do sujeito, desde os primórdios de seu desenvolvimento. O ser humano é constituído por essa rede de significantes que é composta por palavras que o marcaram no decorrer de sua vida, “...

elas possuem concatenação precisa que pode ser ouvida na medida em que damos espaço para a sua fala” (p. 16).

Lacan (1964/1988) fala que “... um significante é o que representa o sujeito para outro significante” (p. 197). Sabe-se, porém, que um significante não representa integralmente o sujeito, a representação é parcial, e o que escapa a esta articulação de um significante a outro é o objeto *a*, objeto causa do desejo. O sujeito está sempre em busca de um objeto que lhe traga satisfação, entretanto o objeto do desejo é um lugar estruturalmente vazio, não existe objeto que traga satisfação plena, há uma substituição contínua. Este vazio é constitutivo do sujeito.

Através de uma lógica significante, o significante ocupa uma posição primordial em relação ao significado. Para Infante (1996), “o desejo é a própria rede significante que constitui o sujeito da qual ele é feito... o sujeito busca nesta rede a possibilidade de uma satisfação ligada a um objeto presumido” (p. 17). Assim, a perda desta plenitude para entrar no universo simbólico passa por um processo de recalçamento¹ (que não é patológico, e sim, estrutural), onde a criança irá recalçar “... o gozo (*jouissance*), aquela vivência de corpo imerso na plenitude quase não fendida pelo significante” (Prado, 1983, p. 121). A partir daí, da instalação da falta, se instaura uma primeira marca, um primeiro traço significante e se inicia na vida do sujeito um número infundável de significantes, formando uma rede de significantes, que comporão parte da história de cada ser humano. Conforme Infante (1996), “a linguagem cria, portanto, uma dimensão que tem sua autonomia que chamamos *dimensão simbólica*” (p. 15). Esta rede, segundo o autor, constitui a história de satisfações anteriores e que, ao ser acionada, visa sempre uma experiência passada: “uma vez recalçado o primeiro significante, ponto jamais localizável no tempo cronológico, exceto por suposição, a simbolização introduz o novo falante no universo da falta, a partir dessa perda real. A criança, por assim dizer, perde um mundo para ganhar Outro. A consciência não é o ponto de partida dessa teoria, mas efeito de linguagem. O inconsciente², por sua vez, não é fonte da

¹ Processo de afastamento das pulsões às quais é rejeitado o acesso à consciência. Há para Freud, dois momentos lógicos do recalçamento: o recalçamento originário e o recalçamento propriamente dito. O recalçamento originário, que se refere a uma primeira fase do recalçamento, na qual o *representante da pulsão*, que irá fazer com que haja representação, vê rejeitado seu acesso ao consciente. Com ele é feita uma fixação; o representante envolvido continua, portanto, estabelecido de maneira invariável e a pulsão fica fixada a ele [...]. O segundo estágio do recalçamento, o recalçamento propriamente dito, refere-se aos derivados psíquicos do representante do recalçado ou então às cadeias de idéias que, vindas de outros ensaios, associam-se ao dito representante. “Não apenas essas representações têm o mesmo destino do recalçado originário, mas o recalçamento propriamente dito é [...] um recalçamento *a posteriori*”. (Chemama, R. (1993/1995). Dicionário de Psicanálise Larousse. Porto Alegre, RS: Artes Médicas)

² “O inconsciente são os efeitos da fala sobre o sujeito, é a dimensão em que o sujeito se determina no desenvolvimento dos efeitos da fala, em consequência do que, o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (p. 142), “o inconsciente é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (p.122). (Lacan, J. (1964/1988). Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar)

linguagem, mas a linguagem é condição do inconsciente. Esta é a tese lacaniana de que ‘o inconsciente é estruturado como uma linguagem’ (Prado, 1983, p. 122) . A linguagem é concebida como faltosa.

Conforme Jerusalinsky (1987), “não se pode predizer o destino de uma criança, porque nada pode assegurar o que o determinou, nem exatamente o lugar que ocupa, nem em que sentido irá ocorrer, por algo que tem a ver com o campo de linguagem, que vem do campo da linguagem, e que o situou, o articulou, lhe disse quem é e o lançou no campo das significações, a buscar um sentido para sua vida” (p. 16).

Esta incursão pelos conceitos de significante e significado parece necessária para emprendermos um caminho que permita situarmos nesta pesquisa, na cadeia discursiva materna, os elementos articuladores que ajudarão a compor um entendimento da dinâmica estabelecida nos estudos de caso a serem realizados.

2. Função materna e desenvolvimento infantil

Ao abordamos a função materna e os aspectos do desenvolvimento infantil parece ser necessário transitarmos pelo momento que antecede ao nascimento da criança e que remete ao período inicial onde, em algum momento da vida do casal, ocorreu um encontro. Este encontro, escreve Szejer e Stewart (1994/1997), diz respeito a um desejo compartilhado entre um homem e uma mulher, em decorrência do qual, haverá o surgimento de um terceiro desejo encarnado no corpo do filho. Este projeto de vida, inconsciente ou não, diz respeito à pré-história da criança, o que dará a sua história um caráter singular. Ao engravidar, a maneira como a mulher irá vivenciar o período que se situa antes e após o nascimento de seu filho, será perpassado por suas experiências pessoais, o que lhe outorga uma vivência única, que não irá se repetir, mesmo que venha a ser mãe novamente. Caso isso ocorra, tratar-se-á de uma nova e particular experiência. A forma como a mulher e o homem se projetam como pais, segundo Szejer e Stewart (1997), está relacionada aos seus respectivos modelos paternos ou a outros modelos parentais.

De acordo com Molina (2001), o bebê necessita de uma inserção, através dos psiquismos parentais, nas histórias míticas familiares. Em decorrência disto ele possui um nome e significado em função dos personagens deste mito familiar que precisará encarnar. Para conquistar o *status* psíquico e somático e estar sujeito, ele terá um custo: precisará encarnar estes significantes familiares, imaginários e simbólicos, que configuram a trama familiar. O bebê “... também é

introduzido na história da construção da sexuação dos seus genitores para que lhe seja possível, também, herdar, a marca da diferença sexual” (p. 1). Para historizar a marca da sexuação do bebê, os pais deverão ter uma condição psíquica que lhes permita reconhecer neste corpo por eles imaginarizado, um produto separado, autônomo e sexuado, portanto, simbólico. É através desta imaginarização que será facultado à mãe lidar com seu filho, apesar de seus temores e dúvidas, o que permitirá a ela inserir um estilo próprio de cuidado materno pautado pela moral e ética sociais.

Ainda sobre a gravidez, para Mannoni (1982/1986), esta proporciona à mulher um sentimento de exaltação que reforça seu narcisismo. Refere que, quando ela não consegue superar uma dificuldade oriunda do momento do nascimento de seu filho, pode vivenciar a gravidez como uma agressão. No período final da gravidez, Winnicott (1987/1988) ressalta que a mulher passa por um período que denominou “preocupação materna primária” e que tem duração de semanas ou meses. A maioria dos bebês nasce em um ambiente humano satisfatório, que o acolhe em suas necessidades de maneira apropriada. Normalmente, a mãe mostra-se apta, à condição, que é passageira, conseguindo se colocar de maneira empática no lugar de seu bebê. Neste período inicial de dependência absoluta, os bebês encontram um mundo exterior que lhe propicia condições de subsistência bastante favoráveis. Entretanto, existem as situações de bebês que não encontram no ambiente estes cuidados suficientemente bons.

O nascimento de um bebê produz no seio familiar um contexto de grande complexidade, onde cada membro da família lidará com seus efeitos de uma maneira muito particular. A mulher, ao se tornar mãe, conforme Szejer e Stewart (1997), empreenderá um trabalho íntimo e reflexivo sobre o seu papel como mãe, sua capacidade de ocupar este lugar. A maternidade, para Mannoni (1982/1986), é um fato cultural, e assim sofre os efeitos do contexto o qual pertence. A autora refere a necessidade de reconhecermos a dimensão biológica, pois a mãe leva no ventre seu filho durante nove meses e, ao nascer, sela com ele o drama “transbiológico” da separação, antecipando, de certa forma, a dificuldade de futuros reencontros. Em relação ao ingresso do recém-nascido no universo circundante, Molina (2001) enfatiza que, desde o primeiro dia de vida do bebê, a voz materna possui um caráter organizante e tranquilizador. E, segundo ela, isto evidencia que o cérebro humano, desde já, está pronto para ser motivado por enlaçamentos significantes.

Como afirma Mannoni (1982/1986), o bebê, devido a sua prematuração fisiológica ao nascer, deixará de receber da mãe o oxigênio através do cordão umbilical e necessitará fazer uso dos pulmões para poder respirar. “O nascimento deve ser como um *stress*, um tensionamento brusco. O oxigênio que chegava ao bebê através do sangue do cordão irá chegar-lhe através dos pulmões.

Uma vez nascida, a criança permanece ligada à mãe pelo cordão, que continua a bater durante cinco minutos ou mais. Oxigenada por este cordão, a criança pode ter tempo para instalar-se numa respiração autônoma, enquanto o sangue investe a circulação pulmonar e deixa a rota que o conduzia à placenta. Durante quatro a cinco minutos a criança acha-se escorada entre dois mundos” (p. 15). Se o bebê tem o seu cordão umbilical rompido bruscamente, haverá a privação do oxigênio no cérebro, o que fará com que a respiração se instale. Sendo assim, segundo a autora, é esta precipitação do adulto que produz no recém-nascido a associação entre angústia e respiração. Sobre a angústia Freud (1933/1972) descreve o processo do nascimento como a angústia primordial. Este aspecto será melhor desenvolvido no tópico “Subjetivação e fenômenos psicossomáticos.

A receptividade da mãe ao seu filho, para Mannoni (1982/1986), está relacionada com a os cuidados maternos que recebeu em sua infância e, ao tornar-se adulta, encontra apoio no seu círculo social. Poderá haver neste momento uma carga de sentimentos como agressividade, culpa e dependência, compondo sua bagagem emocional. O período que antecede ao nascimento e, conseqüentemente, ao parto e reativa uma necessidade de proteção na mulher. Antigamente a tradição assegurava a proteção, pois a criança não era somente filha de seus pais, ela promovia também uma reconciliação com as gerações pregressas.

Temos que considerar que o desenvolvimento da constituição psíquica só é possível dentro de um corpo receptáculo do psiquismo humano. O protótipo biológico na vida intra-uterina escreve McDougall (1989/1996), é o que promove e sustenta esta fusão original e primordial em todos os seres humanos, pois, realmente, a manutenção da existência destes seres (mãe/filho) decorre da capacidade do corpo materno prover as necessidades vitais para a sobrevivência de ambos. Esta experiência para o recém-nascido tem um papel preponderante na sua vida psíquica e também incide como um maestro no seu funcionamento somatopsíquico, regendo-o.

Uma mãe, diante de seu filho recém-nascido, escreve Molina (1997), está imersa em uma intensa sensibilidade afetiva cativante que promove o interesse gradual do bebê tomar para si a imagem que a mãe lhe oferece dele. A mãe também empresta ao seu bebê conforto e eficácia a este corpo infantil disperso e imaturo. Através de uma trama significativa ela enlaçará as vias escópica, oral, olfativa, auditiva, a via labiríntica e o tônus muscular do bebê. No decorrer do desenvolvimento, ao assumir a imagem que a mãe lhe empresta, evidenciada na sua expressão de júbilo, ele passa a contar com forças psíquicas que lhe permitem iniciar um processo de constatação da diferença que o separa de sua mãe. Estes recursos psíquicos lhe permitirão que a dor decorrente deste processo de separação, vital e necessário para sua saúde psíquica, não lhe seja desorganizante.

Segundo a autora, “é pois a função paterna inscrita na mãe, que garantirá a possibilidade desta de lhe atribuir imaginariamente o fato de, também, poder estar fora do corpo materno” (p. 48). Assim, a mãe poderá se colocar de forma não idêntica nesta relação.

Através do vínculo estabelecido entre mãe e filho, quando há o surgimento das condições necessárias ao desenvolvimento do bebê, geralmente há o desenvolvimento da capacidade de sentimentos correspondentes aos de sua mãe, e esta se identifica com ele, isto é, está extremamente envolvida com seu bebê e com os cuidados que lhe presta. Para Andrade (1998), mãe e bebê trocam sinais que propiciam uma alimentação recíproca. Não se trata de sinais restritos à ordem da necessidade biológica, apesar de nos primórdios do desenvolvimento infantil a relação ser bastante direcionada a questões de sobrevivência. Estabelece-se uma relação que transcende a ordem biológica e encontra-se em uma dimensão rica de significados fornecidos, inicialmente, pela mãe às manifestações de seu filho. A mãe possui condições de se comunicar e traduzir as necessidades emergentes de seu bebê de uma maneira bastante eficaz, devido à sintonia estabelecida entre ambos. Consegue conter e transformar suas manifestações de insatisfação com o intuito de tranquilizá-lo. Desta forma, de acordo com Aryan (1993), cabe a ela poder assinalar por e para seu filho as causas de seu padecimento devido à ausência de recursos simbólicos na tenra infância. Para a autora, o lactente não diferencia dor mental e dor física, e esta distinção é realizada pela mãe. A aquisição da capacidade simbólica e a saúde de seu corpo dependerão do êxito da relação estabelecida na primeira infância, “... só a partir desta relação pode a criança adquirir consciência dos sinais (signos) que emite seu corpo e elaborá-los psicologicamente através da vida fantasmática” (p. 364).

A amamentação é o primeiro tipo de alimentação que o bebê experencia. A amamentação, através de uma ativa sucção realizada pelo bebê, repercute de forma múltipla na mãe, aponta Jerusalinsky (1984). Ela produz o esvaziamento do seio, acalma a tensão e, através da estimulação da glândula mamária, há um aumento da secreção láctea. Há, por parte das mães ávidas por sua maternidade, uma vivência, através do leite materno, de continuidade corporal, e evidencia o efeito da doação da mãe à medida que a criança cresce. Proporciona um sentimento de proximidade com seu filho, através de um movimento circular de satisfação. Este ciclo se origina do oferecimento do peito ao bebê, circula pela sucção que este realiza retornado de forma glandular e psíquica sobre a mãe. Este processo transforma a separação súbita do parto em um distanciamento corporal lento e gradual, durante o qual o bebê recebe o dom materno. A primeira forma de expressão do dom materno ocorre através do leite, e vai se re-significando através de outros objetos no decorrer de seu desenvolvimento. O autor escreve que “este círculo maternal envolve outro ciclo com o que se

superpõe e se intersecciona o ciclo de fome e dor, sucção-conforto, saciedade e satisfação” (p. 41). Esta experiência do bebê ocorre com seus olhos fixos no rosto materno, olhos que o engatam e remetem até o universo simbólico, lá onde seu corpo, boca e leite encontram sua inscrição. A amamentação está atrelada às primeiras experiências de satisfação infantil, ressalta Freud (1905/1972). É a sua primeira atividade vital e que lhe proporciona sensação de prazer. Inicialmente, ela vem cumprir uma função de autopreservação para, posteriormente, assumir uma diversidade de sensações prazerosas que não se restringem à pura necessidade. Assim, a atividade sexual infantil é inicialmente autodirigida e visa à satisfação no próprio corpo, e seu alvo sexual se encontra sob o domínio da zona erógena. Para a psicanálise, o ponto essencial não é a gênese da excitação e sim, a questão da sua relação com o objeto. No auto-erotismo, portanto, a pulsão não é investida em outra pessoa. Freud (1905/1972) acrescenta ainda que qualquer parte do corpo do bebê poderá ser suscetível e tornar-se uma zona erógena. Isto contribui para melhor entender o corpo a partir do paradigma psicanalítico. Este aspecto será melhor desmembrado no tópico sobre Subjetivação e fenômenos psicossomáticos.

Em relação à amamentação, Mannoni (1982/1986) escreve que o lactente humano, muitas vezes, possui dificuldades na sua amamentação, de encontrar o seio e mamar. Isto é devido à dependência que lhe é peculiar. Não conseguindo satisfazer suas necessidades de forma espontânea, necessita de ajuda. Alguns recém-nascidos não são suscetíveis, nos três primeiros meses de vida, às excitações oriundas interna e externamente. Isto poderá refletir na maneira como se dá a interação da mãe com seu filho, podendo bloquear sua capacidade de fornecer-lhe estimulações sensitivo-sensoriais. Assim, estabelecer-se-á um círculo vicioso, onde a falta de estimulação contribuirá para a inapetência alimentar. A autora ressalta que talvez antes de sentir necessidade de alimentação, a criança precise se nutrir de carícias que contribuirão para sua descarga interna de tensões. Desta maneira, ela reconhece a importância de deixar um tempo dedicado ao prazer erótico da criança no decorrer das suas mamadas. Balbo e Bergés (1996/1997) acrescentam que há uma importância em jogo atrelada ao ato da amamentação: o fato de que a criança possa ao mesmo tempo se nutrir de palavras assim como o fez de leite.

O desprendimento do filho, através do desmame, cita Molina (1997), é iniciado lenta e gradativamente, através da colaboração materna. Com esta ajuda o bebê irá construindo seu imaginário, suas próprias significações (que antes eram emprestadas pela mãe), estabelecendo, então, uma diferenciação entre o externo e o interno, para posterior diferenciação do ego e não-ego. É nesta etapa que se inicia a descoberta de algo estranho à mãe. Passará, então, a começar um

processo de auto-sustentação, construindo, ele próprio, imagos que o ajudem a tolerar a frustração, a suportar esperar. Em contrapartida, escreve Molina (1997), a atividade espontânea do bebê representada através de seu choro, agitação motora, fonações e gestos reflexos produzirão efeitos de comunicações significantes para o Outro materno que imaginariza no seu bebê um suposto pedir. Conforme a autora, “a mão que toca, o cheiro, o abraço que balança e dá forma consistente ao corpo e que vem suplantar as pressões líquidas que o enrolavam no ventre materno (sensações cinestésicas), a voz que fala, começam a operar a ‘sutilização do corpo’” (p. 50).

No que diz respeito às atividades maternas, Molina (1997) cita Jerusalinsky (1989), que acrescenta às atividades maternas estabelecidas por Winnicott: a sustentação em função da falta de capacidade de o recém-nascido se defender, o manuseio do bebê que mapeia seu sistema corporal e a mostra de objetos; mais duas: a construção de significantes gestuais e a instalação do pai como referente identificatório. A questão da “manipulação” do bebê, seguindo autores como Dejours (1998), refere-se, também, aos investimentos pulsionais que se inscrevem no corpo do bebê, e que possibilitam que seu corpo transponha a barreira do meramente biológico, instintual. Surge, então, o corpo erógeno, que transcende a esfera biológica. De acordo com Andrade (1998), “no envolver dos braços da mãe está a reintegração ao seu corpo” (p. 20), enfatizando o movimento de retorno do bebê, ao dormir em demasia, como uma tentativa de reconstruir as condições de vida intra-uterina.

Mannoni (1982/1986) cita o conceito de espaço potencial criado por Winnicott (1987/1988), existente entre a mãe e seu bebê. Quando há ausência da experiência de brincar da mãe com seu bebê e vice-versa, a passagem da criança para uma etapa de independência fica comprometida. A autora aponta que “a participação no brincar é condição de verdade para o sujeito” (p. 25). Este espaço potencial promove, simultaneamente, a união e separação da mãe com seu filho, e possibilita que surja uma vivência criativa em uma fase muito inicial do desenvolvimento infantil.

Em relação à comunicação existente entre a mãe e seu filho, de cada coisa realizada pelo bebê, a mãe supõe uma significação (Jerusalinsky, 1987). Poderá vir a significar o chorar como fome, como um chamado de seu filho. Significa seus balbucios, suas dores, sua expressão facial e corporal, enfim, a diversidade de manifestações por ele expressas. A mãe depreende isto de uma série de elementos articulados e por ela supostos. Este é o campo da linguagem, que coloca o bebê em uma série significativa, e é efeito de uma série de interpretações, tal como foi assinalado no primeiro tópico. As mães, de acordo com o autor, não são descritivas em relação ao que ocorre com seu bebê, e sim, interpretativas. Isto possibilita uma diversidade de significações às suas manifestações. Outro aspecto importante relacionado ao desenvolvimento infantil escreve o autor,

reside no fato de que ao bebê não se ensina, e sim, se transmite. A transmissão opera fazendo que o outro se aproprie de algo que já está feito, e o ensino, se relaciona à construção de algo que se supõe como não feito. Na dinâmica relacional de a mãe e seu bebê Jerusalinsky (1984) destacou a importância do que chamou de ponto de contato entre eles. Este ponto de contato sustenta-se por dois aspectos: o aspecto psíquico e o biológico. Em relação ao primeiro, a sustentação ocorre por meio das representações maternas, e, o segundo, em automatismos reflexos basicamente orais e visuais. Quando é ofertado o seio ao bebê, este, através do comportamento reflexo, gira em direção ao seio, e inicia a mamada em uma seqüência fixa e pausada. Ao sentir ansiedade e fome, seus braços e mãos se flexionam e, no decorrer da mamada, seu corpo vai relaxando e se estendendo. A mãe consegue ler no comportamento de seu filho o gozo proporcionado pelo seu leite. Estes reflexos orais vão se resignificando, e servem de sustentação para que a palavra materna tenha um destino certo.

Continuando, o autor supracitado escreve que os aspectos constitucionais do bebê influenciam a relação que se estabelece entre ele e sua mãe, sendo eles: a atividade reflexa arcaica, gestualidade reflexa, tônus muscular infantil, atividades posturais e espontâneas das crianças e os ritmos biológicos. Estes possibilitam ao bebê se engatar no processo materno. A atividade reflexa arcaica diz respeito à série de reações automáticas que o bebê dispõe ao nascer, sendo estas reações sinalizadoras das atividades do bebê. Trata-se dos reflexos maturativos, orais, maturação ocular, reflexos da mãe, de Moro, tônico-cervicais, as reações de pele, reflexos posturais relativos os membros inferiores.

A gestualidade reflexa, evidenciada primeiramente pelo choro inicial do bebê, conforme Jerusalinsky (1984), é puro automatismo. Inicialmente, o choro se liga à respiração ária e compõe as reações vitais mais primitivas do sujeito. Irá, posteriormente se repetir, em situações de dor e incomodativas que lhe afetam. Aos poucos, este choro constitucional, irá se incorporar às estruturas e adquirirá a significação existente no social. Nas primeiras semanas, o choro surge associado a dor e incômodo ligados a sensações corporais e imediatas. Ao redor de cinco semanas, o choro resulta dos sonhos, evidenciado pela gestualidade reflexa de: sucção espontânea, sorrisos, contração do rosto, movimento das pálpebras, sons, eventuais choros breves e abruptamente interrompidos. Há, em decorrência desta seqüência evolutiva, a transformação de uma reação automática do bebê em um processo comunicativo. O choro torna-se um elemento de comunicação, através das reações das pessoas que cuidam do bebê diante de seu choro: como consolam, acalmam, falam, trocam, acariciam, atribuem-lhe dores e abraços ao bebê. Processo similar ocorre com o sorriso, que surge

primeiramente após se sentir saciado ou sonolento após sua amamentação. No final do segundo mês de idade, o sorriso surge como um dos “organizadores” centrais presentes na relação da mãe com seu bebê, quando passa a funcionar como resposta ao sorriso de outro ser humano. As reações do bebê diante das sensações imediatas, reais e de contato direto, presentes desde os primeiros instantes de vida, diferem daquelas relacionadas a gestualidade infantil. As primeiras acrescentam-se ao equipamento constitucional contido no código genético, e as segundas, são adquiridas por meio da inscrição sobre os primeiros mecanismos automáticos, e põem em prática o sistema de comunicação da mãe com seu bebê.

Através do tônus muscular infantil, de acordo com o autor, as emoções se expressam. Isto ocorre por meio de sutis variações das atitudes e tônus do bebê. Ao redor do quinto dia de vida o tônus muscular do recém-nascido está normalizado e apresenta reações articuladas à sensações de prazer e dor. Diante da dor as contrações aumentam e, ao se deparar com o prazer e tranquilidade, há o relaxamento. Estes são mecanismos neuromusculares constitutivos do bebê e que permitem a mãe conhecer seu filho, desde que ela assim o deseje. Este sistema reacional só se mantém por poucos meses se a função materna não sustentá-lo. A mãe imprimirá a este processo toda sua significação afetiva.

Em relação às atividades posturais e espontâneas da criança, escreve Jerusalinsky (1984), a mãe reconhece natural e inconscientemente a postura adequada e flexível para seu bebê, dentro de uma ampla gama de limites que variam dentro da normalidade. Quando algo não vai bem neste processo, as mães tendem a manifestar a percepção materna de que algo não andava bem. O autor evidencia isto de forma clara “... um registro que não chegou a constituir significante por desconhecimento ou pela negação derivada do temor materno de confirmar que alguma coisa andava mal” (p. 45). Na seqüência das atividades espontâneas há o favorecimento do contato com a boca e com os objetos externos, incluindo o seio e rosto materno. Estes momentos de encontros casuais são precursores do que se tornará o guia de futuros contatos de caráter intencional. Estes contatos efêmeros possibilitam à mãe fazer uso de uma série de interpretações quanto às intenções de seu filho. Ela vai montando um roteiro que é perpassado pela criatividade e imaginação maternas e que, por outro lado, tem como borda (limite) a riqueza dos movimentos expressos por seu filho.

Existem ritmos biológicos que possuem singular importância para a relação mãe-bebê, enfatiza Jerusalinsky (1984), que são: respiração, seqüência compassada entre respiração e deglutição, os pares antitéticos fome-saciedade e sono-vigília, e também o aspecto excretório. A irregularidade destes ritmos pode ter efeitos muito intensos na mãe. Por exemplo, a inversão do

ritmo de sono do bebê possui um grande poder de irritabilidade materna. Na regularização dos ritmos biológicos a capacidade de contenção paterna poderá ter um papel decisivo, podendo servir como ‘represa’ aos efeitos destes contratempos. Os ritmos biológicos possuem um papel fundamental no que se refere à sobrevivência do indivíduo. Eles proporcionam caminhos, atalhos de encontro à mãe que se vê diante da situação de ‘escutar com outros ouvidos’ aquela criança que ainda não fala. Porém, o autor destaca a incidência determinante da personalidade da mãe, todavia reconhecendo a influência destes fatores. Os códigos utilizados pela mãe integram seu conhecimento inconsciente destes elementos constitucionais do recém-nascido. Existe, desta maneira, uma expectativa materna que está em concordância com este conhecimento *a priori*. A mãe também antecipa uma imagem corporal global da criança e buscará a confirmação em contatos com seu filho. Há uma troca de informações nesta relação estabelecida entre a mãe e seu bebê. Ela o informa a respeito da confiabilidade de seus esquemas a fim de permitir sua conexão com o mundo que o circunda. O bebê, através de suas respostas, dá retorno à mãe sobre o grau de adequação de sua continência às suas necessidades (sensações e estado interno). Conforme Jerusalinsky (1984), “a mãe constrói para a criança uma imagem contida na sua subjetividade; aliás, esta imagem guardará uma inevitável relação com os dados que a criança lhe ofereça” (p. 46). O contorno da imagem de seu filho é construído através do abraço, olhar e contato corporal que lhe dirige, o qual será preenchido com o significado oriundo do que ela deseja no seu bebê. Caso algum tipo de distúrbio estiver entre a mãe e seu filho, como paralisia cerebral, e ela ficar rígida, ela poderá facilitar o abraço ao seu filho ou evitá-lo, de maneira involuntária. Assim como se a presença de um grave estrabismo a afetar, poderá convocar seu olhar ao filho ou demonstrar fugir deste olhar. Jerusalinsky (1987) segue dizendo que o fazer de uma criança normal é um fazer situado no campo do significante. Seu ato vem em decorrência de uma seqüência construída e após consultar o Outro com o seu olhar. O bebê se enxergará nos olhos e sorrisos maternos, no seu semblante, escreve Andrade (1998), sendo através da tradução dos atos e sensações que faz de seu filho, das entonações que a mãe “empresta” as suas manifestações que ele se vê.

Ao proporcionar à criança cuidados básicos e fundamentais, como lhe dar banho, acariciá-lo, este investimento libidinal materno provocará sensações que serão decodificadas em palavras pela mãe. É nestas circunstâncias relacionais, de acordo com Andrade (1998), que se inscreverão “as atitudes de maior ou menor repressão sobre as primeiras expressões da sexualidade da criança bem como as reações da mãe ao aleitamento e o seu maior ou menor rigor na educação dos esfíncteres” (p. 21). A dinâmica decorrente é essencial na produção de formas relacionais da criança

com o mundo externo, nas suas construções de pensamento e para a aquisição de uma identidade social. Por parte do bebê existe algo que Winnicott (1987/1988) descreve como identificação primária, ou seja, para ele nada existe além dele próprio, e a mãe é vivenciada como uma extensão. Ela é inicialmente parte dele. Esta vivência é descrita por McDougall (1989/1996) como uma busca de harmonização da realidade psíquica com o desejo primitivo de fusão com a mãe totalizante. Esta luta existencial e o luto imposto é compensado pelo acesso à subjetividade, podendo a criança, em decorrência desta batalha, aceder ao simbólico.

No período inicial de sua vida, o bebê, ao sentir ameaçado nesta ilusão fusional e funcional (esta relação possui uma função de manter o equilíbrio interno do bebê nos primórdios de sua existência, em decorrência de sua falta de condições psíquicas, cognitivas, sensoriais e motoras para se independizar) com sua mãe, lançará mão dos dispositivos que possui na tentativa de restabelecer o paraíso intra-uterino perdido. Através das suas manifestações de sofrimento e inquietação como choros, promoverá, desta forma, um movimento materno de tentar apaziguar seu sofrimento, recriando a ilusão de “Um”, ou seja, de um corpo para dois. Este aspecto também é apontado por Andrade (1988), ao registrar que o choro permite à mãe se entregar a um sono tranqüilo, na crença de que ao existir uma situação desconfortante esta será sinalizada. McDougall (1989/1996) cita Winnicott ao se referir a este suporte materno de atender às necessidades impostas pela relação mãe e filho, como uma mãe suficientemente boa, isto é, uma mãe continente das angústias de seu bebê. Para conseguir proporcionar ao seu filho um acolhimento necessário, a mãe fará uso dos meios de que dispõe, como pegá-lo no colo, transmitir-lhe o calor materno, alimentá-lo, conversar com seu bebê através de uma comunicação que é particular e própria desta relação.

Apesar de no social prevalecer o papel de mães continentais das angústias de seus filhos, Mannoni (1982/1986) afirma que “a rejeição da prole é mais freqüentemente vista na fêmea humana do que nas mães de outras espécies animais. A capacidade de maternalizar o bebê, repetimos, existe na mãe da maneira como, por sua vez, ela foi maternalizada quando bebê. E, portanto, segundo a cultura em que ela está situada” (p.16). Por outro lado, Winnicott (1987/1988) fala que ser mãe é algo natural, considera que existem mães ou representantes maternos que têm dificuldade em deixar que as funções naturais prevaleçam, porém, são exceções.

A linguagem que se estabelece entre mãe e bebê é composta de uma série de fatores que brotam desta relação, através do reconhecimento materno das necessidades de seu filho. Ao poder decifrar os códigos emitidos através das manifestações de seu bebê, e ao conseguir tranqüilizá-lo, a mãe possibilita que seu filho integre uma imagem materna fundamental, fazendo com que o mesmo

possa se sentir reconfortado ou que consiga simplesmente se entregar a um sono confortável. Sabe-se que os bebês são seres em desenvolvimento e estão sujeitos às mais horríveis ansiedades e, se deixados sozinhos por muito tempo (horas, minutos) sem nenhum contato humano ou familiar, podem ter esta experiência traduzida por: ser feito em pedaços, cair para sempre, morrer e morrer e morrer, perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos. A maioria dos bebês não vivencia verdadeiramente esta situação e estes sentimentos angustiantes transformam-se em uma experiência positiva, graças a cuidados maternos satisfatórios. McDougall (1989/1996) escreve: “enquanto os desejos inconscientes da mãe não a levem a contrariar essa tendência universal à fusão e à diferenciação, cada bebê, empregando os diversos processos psicológicos de internalização dos quais o psiquismo dispõe (incorporação, introjeção e identificação), constrói inicialmente uma imagem do ambiente maternal; depois, uma representação mental da própria mãe enquanto figura tranqüilizadora e benevolente, capaz de acalmar as tempestades afetivas de seu bebê e de modificar seu sofrimento sem se opor ao seu desejo constante de alcançar a autonomia somática e psíquica. Isso vai assentar os fundamentos de uma identificação ulterior no mundo interno da criancinha com uma imago atenciosa e reconfortante para o bem da constituição de seu próprio self” (p. 35).

McDougall (1989/1996) escreve ainda que, no decorrer da etapa de desenvolvimento do bebê, onde iniciam suas “primeiras possessões”, é que ele começa a lançar mão de objetos que possam funcionar como “substitutos maternos”, com o intuito de suprir as carências porventura existentes na relação com sua mãe. Estes cumprem uma função protetora e tranqüilizadora, ao encarnarem a essência do papel materno, e podem ser considerados “objetos pré-transicionais”. São normalmente peças de vestuário da mãe ou panos que contenham o cheiro materno e que são associados ao toque e calor materno. Posteriormente, se no desenvolvimento do bebê tudo transcorrer de forma satisfatória, estes objetos investidos intensamente permitirão à criança adormecer na ilusão da influência materna, e haverá uma substituição destes objetos por outros representantes mais sofisticados. Assim, no enfrentamento das adversidades da vida, o bebê faz uso de fantasias com o intuito de responder a elas, escreve Andrade (1998). Parece ser uma tentativa de busca da homeostase inicial.

No período em que a criança passa a se comunicar também oralmente, através da fala, inicia um processo de comunicação mais desenvolvido entre a díade mãe e filho, relata McDougall (1989/1996). O bebê passa da forma quase que estritamente corporal de comunicação, para uma comunicação onde a fala já se faz presente. Desta forma, inicia um processo de solicitação de carinho, amor e proteção maternos por intermédio da palavra, palavra esta que por si só poderá ser

suficiente para tranquilizá-lo, podendo, assim, em algumas situações, prescindir da presença da mãe. A fala, então, pode vir a substituir, em algumas situações, uma comunicação mais primitiva. A possibilidade de fala das crianças não é respondida exclusivamente pelo seu amadurecimento neurológico, escreve Jerusalinsky (1987), também não ocorre em decorrência da imitação, aprendizagem, por atingir um ponto de abstrair suas ações ou para representar imagens. As crianças o fazem em função do falar ser o único modo de ser deles. Assim, a linguagem não está contida no biológico. Para o autor, “fala-se através de uma cadeia significante, quer dizer que vai enlaçando um dizer, palavra por palavra” (p. 17). Nas palavras de McDougall (1989/1996), este período é, para a criança, composto de uma diversidade e adversidade de experiências. Ela está em constante aprendizagem e sequioso por descobrir e dominar as origens do prazer e, ao mesmo tempo, movimenta-se no sentido de se esquivar dos sofrimentos. Devido a sua ânsia de conhecer e compreender o mundo que o cerca (mundo materno, no primeiro momento), ela, de forma muito rápida, apreende quais são os gestos e movimentos que permitem com que sua mãe se faça presente ao lhe solicitar. Da mesma forma, é capaz de distinguir com facilidade aqueles que contribuem para afastá-la ou que são por ela ignorados. A mãe, ao estabelecer uma relação com seu bebê, serve como referência na qual a criança irá se nortear a partir dos investimentos que ela lhe dirige, através da forma como será manipulada, banhada, seguindo o sentido que a mãe atribui às suas manifestações. Desta maneira, o que a mãe visa não é simplesmente estabelecer uma comunicação e transmitir informações, e sim, agir sobre seu filho. Porém, se sabe que o outro, freqüentemente o Outro materno, não consegue ser continente de todas as demandas produzidas pela criança. Haverá sempre algo excedente, um transbordamento.

Na relação estabelecida entre a mãe e seu filho há um duplo efeito, segundo Mannoni (1982/1986). Ao mesmo tempo em que cabe a ela provê-lo nas suas necessidades, ela se torna uma agente de frustração. Precocemente se introduz nesta relação uma alternativa de presença-ausência. É nessa ausência materna que se instaura a ordem simbólica, através do apelo da criança à mãe ausente, introduzindo, através da linguagem (inicialmente um grito de apelo, uma interjeição, devido a ausência), uma dimensão que traz na sua essência outras possibilidades de relacionamentos que carregam a marca de reencontros e de perdas. Belóit-Fourcade (1998) escreve que é somente pela falta que se inaugura a existência do sujeito. Mannoni (1982/1986) enfatiza que é necessário que a falta se instale, ou seja, que a mãe não seja, no decorrer do desenvolvimento de seu filho, uma mãe onipresente e que possibilite, através de sua ausência, que a criança transforme esta falta em motor para a construção de sua capacidade simbólica. Nas palavras da autora, “o desejo, desde sua

origem, manifesta-se no intervalo cavado pela demanda. É a partir da falta de ser que o sujeito sustenta um apelo, para receber do Outro o complemento desse apelo. Quando o adulto está demasiadamente presente no nível da necessidade, a criança tem dificuldade em fazer-se ouvir no registro do desejo” (p. 61).

Em relação à presença intensa e sufocante de determinadas mães, (Bergés e Balbo 1996/1997) assinalam que “certas mães dão sem demora, de maneira absolutamente permanente e iterativa; elas dão sem jamais deixar esperar e sem jamais deixar para depois. É absolutamente necessário levar-se em consideração não apenas que a mãe pode estar presente ou ausente para seu filho, mas também que seu filho deve estar presente ou ausente para ela” (p. 16). Caso esta presença maciça ocorra, Aryan (1993) aponta para a possibilidade de um naufrágio do potencial de simbolização da criança. Desta maneira a mãe, ao não conseguir introduzir um hiato entre a demanda de seu filho e a sua resposta a estas necessidades, poderá promover nele uma enfermidade somática. A ausência também cumpre função de impulsionar a criança a buscar outros recursos para suprir suas necessidades, propiciando a ela uma atitude mais ativa. Trata-se aqui, da ausência compreendida como força propulsora.

A mãe é para seu filho um objeto amoroso, escreve Mannoni (1982/1986) e, sendo assim, ela vale por sua presença. E, ao se ausentar, ela se torna para seu filho um agente simbólico. Segundo a autora, “é por surgir como presença num fundo de ausência que a mãe aparece como uma totalidade, fonte de todos os dons” (p. 24). Ao responder ao apelo do filho, a mãe torna-se real. No momento em que a mãe é reconhecida como potência da qual seu filho depende, o conteúdo desta potência transforma-se em objeto de dom. Articula-se, então, uma demanda de amor que transcende a ordem da pura necessidade. O dom refere-se aos cuidados maternalizantes que ultrapassem os cuidados básicos, remete aos investimentos maternos simbolizantes. Há, desta maneira, uma diferenciação fundamental no ser humano. Ele se situa em uma outra ordem que não é puramente biológica. Trata-se de um sujeito atravessado pela dimensão pulsional, o que o difere fundamentalmente de outras espécies animais que são regidas pelo instinto, base do comportamento animal. É relevante destacar esta diferença. O instinto é uma saber que possui um código biológico e mantém uma relação direta com o objeto, estabelecendo-se uma relação de necessidade. No ser humano, o instinto modifica-se de uma forma radical, pois a relação deixa de ser da ordem da necessidade. Há uma mudança em sua natureza, transforma-se em pulsão. Pulsão é um conceito psicanalítico que se encontra no limiar entre a esfera psíquica e biológica, mediado pela linguagem e que será desenvolvido no tópico “Subjetivação e os fenômenos psicossomáticos”. A linguagem,

de acordo com Prado (1983), “... é, na perspectiva lacaniana, pura exterioridade, o campo da outridade, do Outro. O que isso quer dizer? Que o desejo é o desejo do Outro: o campo do desejo remete sempre ao campo da linguagem, à alteridade, ao significante mais além. Neste sentido, o inconsciente não é um lugar do cérebro, não se localiza debaixo da pele, mas no nível das palavras... É uma hipótese em uma teoria da linguagem” (p. 122). Para Coriat (1997), sem sombra de dúvidas o Outro real está encarnado na mãe, é ela quem opera com sua mão, seus olhos, sua voz, sobre o corpo do bebê.

A mãe, nas palavras de Molina (2001), possui uma força libidinal, representada pela hipersensibilidade afetiva materna, e esta decorre do desinvestimento narcísico provisório que ela realiza sobre o mundo familiar, cultural, laboral e social. A autora utiliza o termo “metabolismo significante”, ao se referir à capacidade materna de, através de um registro perceptivo, interpretativo e comunicativo, efetuar tênues discriminações advindas do bebê. Sua hipersensibilidade permite-lhe decifrar as mensagens provenientes dos dispositivos que o bebê possui, oportuniza o engate no processo materno através dos aspectos constitutivos de seu filho, conforme citado por Jerusalinsky (1984): atividade reflexa arcaica, tônus muscular, atividade postural, gestualidade reflexa e ritmos biológicos. Continuando, Molina (2001) escreve que se trata de “... de um processo através do qual é favorecido o acontecer de fenômenos e mudanças físico-químicas e biológicas que se efetuam no organismo a partir daquela determinação significante” (p. 2). Assim sendo, o estilo da mãe de se relacionar com o corpo de seu filho e suas palavras irão penetrar-se e entranhar-se à biologia de seu bebê, sendo eficientes a ponto de colocarem em funcionamento a função dos órgãos. Este estilo é impresso ao bebê, podendo salvaguardar ou alterar seus órgãos.

É a partir da dimensão pulsional que há articulação simbólica, onde o sujeito humano responderá no campo do desejo e não mais puramente na esfera biológica. Há, então, um descompasso, pois se deixa de estabelecer uma relação direta do sujeito com o objeto, o que possibilita espaço de criação. O bebê fará uso da ausência materna para, através de fantasias, suportar a sua incompletude. Este é um processo gradual que dependerá do vínculo estabelecido entre mãe e filho. Assim, as escolhas que a criança fará no decorrer de sua vida não serão restritas a sua satisfação. Serão atravessadas pela dimensão desejante. Neste vínculo primordial estabelecido entre a mãe e seu bebê, quanto mais a mãe atender à necessidade, confundindo o dom de cuidados com o de amor, mais a criança se priva da mãe simbólica. Coriat (1997), ao citar Lacan, escreve que para ele, a criança acede ao significante antes mesmo de seu nascimento. Sua entrada no universo

significante não corresponde à aquisição da linguagem. Situa-se desde as fantasias e construções que o casal parental faz da criança que está por surgir.

Para Mannoni (1982/1986), a noção de objeto transicional criada por Winnicott tem como função preencher a ausência deixada pela mãe e não cumpre, como no jogo do fort-da (Freud, 1920) de uma criança com mais idade, o controle simbólico como resposta à ausência da mãe. Assim, o objeto transicional faz parte de uma organização pré-simbólica que pontua a presença e a ausência materna. Também representa a transição da criança de uma relação mais fusional com a mãe para uma etapa de seu desenvolvimento onde há o reconhecimento de uma separação entre ele e a sua mãe. O fenômeno winnicottiano, segundo a autora, não pode ser criado pela criança, isto é, caso ela fique afastada por um longo período de sua mãe, ele será mantido somente pelo tempo em que houver a internalização materna, o que poderá diferir de criança para criança.

A criança, conforme Mannoni (1982/1986), vivencia qualquer ruptura no relacionamento materno como uma retirada do apoio necessário a sua existência, pois o ambiente representa para ela a continuidade de ser. Promove uma angústia sentida como uma ameaça de aniquilamento. A angústia de separação se mantém em um período posterior, onde há uma verdadeira relação objetal, quando não há o predomínio do princípio do prazer. Nesta fase, a criança consegue lidar melhor com a alternância de presença e ausência materna, que, adequadamente harmoniosa, proporciona a segurança da presença. Entretanto, “a insegurança materna – uma insegurança que, como sublinha Lacan, leva a mãe a prover tão imediatamente as necessidades da criança que retira dela a dimensão da *falta*, a partir da qual o desejo pode surgir” (p. 34). Desta forma, como já foi citado anteriormente, a mãe, ao estar agindo sobre seu filho a partir de uma relação da ordem da necessidade, inviabiliza a possibilidade de um viver criativo por parte de seu filho. A criatividade é uma das maneiras de o ser humano lidar com sua incompletude.

Mannoni (1982/1986) cita também que o aspecto formador da criança, descrito por Winnicott, não se situa no ambiente, e sim, que o ambiente possibilita à criança realizar um potencial: “é a capacidade do adulto de identificar-se com a criança que o ajuda a assegurar ao lactente essa “continuidade de existência” de que ele precisa nos primeiros meses de vida” (p. 48). A criança, no período que decorre do zero ao seis meses, necessita de continuidade em relação aos seus cuidados. Estes devem ser acompanhados de uma certa regularidade nas mudanças que incidem sobre ela. A criança possui muita facilidade em apegar-se ao seu cuidador. Entretanto, quando os cuidados são distribuídos por uma diversidade de pessoas ela vivencia estes cuidados como abandono. Nas palavras de McDougall (1989/1996), “o fato de essa representação mental da

mãe como pessoa poder ser nomeada e evocada é essencial à estruturação do psiquismo e, no final das contas, vai permitir à criancinha assumir por si mesma as funções maternas introjetadas, contanto que a palavra “mamãe” represente realmente um sentimento tranquilizador e capaz de garantir conforto e segurança” (p. 36).

A relação estabelecida entre mãe e filho, nos primórdios do desenvolvimento da criança, será comprometida caso haja algum fracasso nesta dinâmica. No transcorrer do desenvolvimento infantil, a mãe terá de ir se apagando gradativamente, segundo Molina (2001), à medida que sua função de mãe finde, pois, caso contrário, a mãe poderá representar-lhe a morte, o que lhe inviabilizaria o nascimento do sujeito. Poderá, então, em decorrência de uma contingência significativa e comprometedora na vida da criança, haver um comprometimento na sua capacidade de reconhecimento e integração de seu corpo, seus pensamentos e seus afetos como sendo próprios, promovendo um efeito devastador. Este efeito devastador poderá remeter ao fenômeno psicossomático e sua articulação subjetiva.

3. Função paterna e o desenvolvimento infantil

A função paterna é de fundamental importância na organização pulsional do bebê. Ela cumpre um papel de fazer corte na relação dual estabelecida inicialmente entre a mãe e seu filho e romper com a ilusão totalizante de identidade existente nesta relação. Impede, desta forma, que haja uma fixação, situando assim, a dimensão da falta. Conforme Ranña (1997), “o pai institui a ‘falta’, interdita o ‘incesto’ e nomeia a criança na sua identidade sexual” (p. 118). Assim, o pai é um interditor e cumpre a função de fazer lei. Mas este pai é mediado pela mãe, e é esta quem apresenta o pai para o filho.

Segundo Jerusalinsky (1984), a função paterna é o âmago da comunicação inicial intersubjetiva que ocorre entre a mãe e seu bebê. Esta função se instala, na cadeia significante, operando através da intersecção das atividades da criança e de sua mãe. As atividades do recém-nascido têm uma verdadeira importância nesta dinâmica relacional, pois exercem influência sobre o significante materno.

Espera-se do pai, nas palavras de Mannoni (1982/1986), no decorrer do desenvolvimento da criança, algo da ordem de uma promessa. Conta-se com sua possibilidade de ajudar o bebê a separar-se do vínculo de puro apego e totalizante que ele estabelece com sua mãe. Situa que o “pai real, entretanto, permanece sempre insuficiente para substituir o pai simbólico (e mítico). Há uma

defasagem entre o modo como o pai é falado e situado como onipotente, do lado da ideologia, e o modo decepcionante como aparece no real” (p. 17).

McDougall (1989/1996), ao trazer suas reflexões oriundas de sua prática clínica, aponta para uma observação bastante freqüente de pacientes adultos que tendem à somatização. Aparentemente, eles possuem um estágio normal na sua organização edípica. Porém, na sua maioria, situam-se em uma estrutura edípica mais primitiva, onde há uma deterioração ou ausência da imago paterna tanto no mundo simbólico da mãe quanto no da criança. Segundo a autora, “esta parece acreditar que o sexo e a presença do pai representaram apenas um papel ínfimo na vida da mãe, e esse pai freqüentemente se apresenta como um ser que é proibido amar ou que não merece ser estimado” (p. 47).

Coriat (1997), ao citar Lacan, aponta para uma grande neurose contemporânea relacionada à personalidade paterna, onde há o surgimento de um pai carente, ausente, humilhado, dividido ou postiço. Pode-se falar, então, que há, na contemporaneidade um declínio da imago paterna? De acordo com Mannoni (1982/1986), os homens da atualidade sentem dificuldades de se postar na função complexa que é a de ser pai nunca acedem totalmente a ela. A autora faz referência a Lacan que faz do pai um significante. O pai enquanto significante ou objeto, de acordo com Coriat (1997), possui um lugar de destaque no ordenamento da estrutura libidinal do seu filho. Ele, em um estágio mais inicial do desenvolvimento de seu filho, produzirá efeitos através da mãe, “... tudo o que fizer ou disser, sem dúvida, terá efeitos sobre o bebê, mas em função daquilo que os efeitos da sua presença e de seus atos atualizem ou produzam no inconsciente da mãe” (p. 108). E, no transcorrer do desenvolvimento, o pai poderá imprimir no seu filho a sua própria versão da história. Molina (2001) escreve que após o pai nutrir o seu filho com seus próprios traços identificatórios, traços que diferem daqueles já herdados da sua mãe, irá ingressá-lo no social.

Apesar de ter, proporcionalmente, um espaço bem mais reduzido que a mãe, nem por isto deixa de exercer um papel singular e fundamental na estruturação psíquica de seu filho. É certo que o espaço disponível para apresentar-se ao seu filho depende de uma equação com a mãe, que precisa desejar apresentá-lo e reconhecê-lo enquanto instância fálica, “... um espaço que pode ficar radicalmente obturado se a sua mulher não alimenta outro desejo do que o de seu filho enquanto objeto de gozo” (Coriat, 1997, p. 109).

Cabe acrescentar que o bebê, afirma Andrade (1998), percebe que alguém está ocupando o lugar da diferença sexual. Esta percepção é, no início, via discurso materno, ou seja, o pai não é percebido inicialmente neste lugar se não por intermédio materno. Então, percebemos que a

apresentação do pai ao filho ocorre por intermédio da mãe: “a mãe deverá desviar o olhar de seu bebê para dirigi-lo a outra direção, em que se encontra o objeto de seu desejo: o pai da criança – o terceiro termo” (Rocha, 1998, p. 80). Dá-se, então, a entrada de um terceiro nesta relação dual estabelecida primeiramente, viabilizada através do reconhecimento por parte da criança de que o desejo materno se encontra também em outro lugar. Opera-se a inauguração no universo desejante através da falta. Rocha (1998), ao citar Násio (1991), ressalta que o desejo materno deve ser sustentado para além da criança. A mãe deve ter a criança em seus braços e direcionar seu interesse também para outro lugar, desincumbindo seu filho de ser o objeto de seu desejo. Se a mãe não realizar investimentos para além de seu filho, não haverá abertura para a passagem ao desejo e interdição, o que possibilitaria a demarcação das diferenças entre o psiquismo materno e do bebê. A mãe, no desempenho de suas funções, deverá introduzir o pai e elegê-lo para investi-lo libidinalmente. Para Coriat (1997), “... por menor que seja a presença de um homem – seja enquanto pai da criança, seja enquanto *partenaire* da mãe, seja no cotidiano da vida da criança ou no horizonte social – não é só a única saída possível do Édipo – é também a única possibilidade de entrada” (p. 111).

A função paterna na teoria psicanalítica não está “colada” com o pai da realidade, ou seja, para entendê-la, é necessário não apoiá-la em um preconceito de sentido e realidade. A metáfora paterna serve de base à noção de recalçamento originário, que é constitutivo do inconsciente. É uma substituição significativa, o significante do desejo materno (do Outro) é recalcado e substituído pelo significante Nome-do-Pai. O pai da realidade é investido da função de pai simbólico, sendo este pai genitor ou não. Este pai simbólico (Outro) é aquele que se situa no lugar da lei, interditando a mãe e prescrevendo a lei fálica, impondo, assim, a castração simbólica que permite à criança constituir-se enquanto sujeito do inconsciente. Realiza, assim, uma operação simbólica. Promove uma clivagem psíquica, ao recalcar o desejo da mãe (S1- significante do desejo da mãe) que está para sempre perdido (proibido) e interiorizado. Torna-se o S1 no Outro inacessível e que insiste em retornar, se representar. Conseqüentemente, o sujeito, na tentativa infundável de busca de seu desejo impossível, vê-se tomado em uma cadeia metonímica discursiva que iniciará o processo de conexão de um significante a outro. É na rede significativa que o sujeito narrará sua história.

A instauração da metáfora paterna se dá em um tempo mítico. É o espaço de interdição que se instaura e permite a discriminação entre o psiquismo materno e do bebê.

4. Subjetivação e os fenômenos psicossomáticos

A qualidade dos cuidados maternos e paternos dirigidos ao filho irá contribuir para a configuração da estrutura psíquica da criança. A gênese dos fenômenos psicossomáticos é situada, pela literatura psicanalítica, na dinâmica estabelecida na primeira infância entre o bebê e seu cuidador (freqüentemente a mãe).

As relações humanas sofrem o efeito de uma diversidade de variáveis que incidem na sua dinâmica, e também são sujeitas ao inconsciente de quem delas participa. A intersubjetividade é estruturante para o sujeito humano. O homem viabiliza a sua possibilidade de sobrevivência física e psíquica em decorrência de outro ser humano que lhe cuida e reconhece nele um sujeito com potencial de desenvolvimento. Algumas contribuições de autores sobre a intersubjetividade humana: Dejours (1998) escreve sobre o primado da intersubjetividade, que consiste em não tomar os movimentos psíquicos unicamente de forma isolada, não considerando o que é exterior a ele, e sim, reconhecê-los na dimensão da relação estabelecida com o outro. Lacan (1953-1954/1986) aponta para a necessidade de partir de uma intersubjetividade radical, admiti-la na origem humana. Para Mannoni (1982/1986), o relacionamento humano é baseado em um investimento que vem de um outro, outro este que já se faz presente, pela dimensão inconsciente, implicando um campo de linguagem de onde decorrem as formulações sobre a sua existência e sobre a posição do sujeito em relação às suas verdades. Este outro, inicialmente, é o representante materno. Ranña (1997) faz referência ao “outro da maternagem”, conceito que compreende dois aspectos fundamentais. Um deles é que a função materna não deve se restringir a mãe real, podendo ser ampliada para outros cuidadores. Outro aspecto é que não se trata de um “outro” enquanto semelhante, e sim, refere-se a um Outro, com letra maiúscula, a linguagem.

Segundo Aryan (1993), do êxito da relação da mãe com seu filho “... dependerá a aquisição da capacidade simbólica e a saúde de seu substrato biológico, o corpo; só a partir desta relação pode a criança adquirir consciência dos signos que emite seu corpo e elaborá-los psiquicamente através da vida fantasmática” (p. 364).

A capacidade de uma criança evoluir fora do seu campo de influência possui relação com o que é ofertado pelos outros, outros estes que fazem parte do universo infantil e que lhe possibilitam crescer e se desenvolver. Segundo Mannoni (1982/1986), são estes que dão à criança um sentimento de pertencimento, e “afinal, a criança tem uma função na vida fantasmática dos outros membros da

família: estes permanecem soberanos em deixar ou não que sua descendência efetue uma evolução em seu próprio nome” (p. 60).

Segundo Lerude (1998), os sintomas infantis revelam ou desvelam a verdade do inconsciente parental, do inconsciente materno e fazem emergir as dificuldades presentes no laço conjugal, descortinando a verdade do casal. Por outro lado, ao retomar o enunciado de Lacan de que a constituição da subjetividade humana passa pela alienação ao Outro, a autora aponta para a responsabilidade da criança pelos seus sintomas, “... na medida em que estes a constituem como sujeito da sua própria palavra, mesmo surgindo segundo modalidades quase experimentais, dirigidas ao inconsciente parental” (p. 133).

Em decorrência de a matriz somatopsíquica sustentar-se, inicialmente, em uma dinâmica da díade mãe e bebê, qualquer abalo situado neste período irá produzir efeitos no sujeito. É a partir das inúmeras vicissitudes ocorridas na vida do bebê que haverá, gradualmente, um corte que estabelecerá uma diferenciação para a criança do que seja da esfera somática e daquilo que provém do psiquismo.

A criança, para McDougall (1989/1996), no decorrer de seu desenvolvimento, formará uma representação psíquica materna conforme as condições apresentadas pela mãe de ser suporte dos seus sofrimentos, sejam estes psicológicos ou físicos, impostos pelas contingências da vida infantil. As possibilidades de a mãe acolher as manifestações de prazer de seu filho também servem de base para esta representação materna e imbricam-se com o processo de somatização. O lactente, nesta etapa de desenvolvimento inicial, não possui aparato psíquico para dar conta destes momentos de insatisfação oriunda do mundo externo. Para dar conta destes estímulos, utiliza-se de momentos de esquiva visando uma satisfação alucinatória. Proveniente desta interação mãe e filho ocorre o processo de introjeção deste ambiente materno que lentamente promove uma diferenciação de si em relação ao seu cuidador (mãe). Quando esta relação é satisfatória, a mãe torna-se um ‘porto seguro’ para seu filho, onde é possível para ele ‘atracar’ quando se inunda de sofrimentos físicos e/ou mentais. Entretanto, quando a mãe não consegue ocupar este lugar de referência, não é continente de excessos de estimulações; ou contrariamente, de ausências de estimulações, isto poderá ter como conseqüências uma incapacidade de distinguir a representação de si da representação do outro. Isto poderá trazer como conseqüência uma representação corporal arcaica onde os contornos corporais, o investimento nas zonas erógenas e a diferenciação entre o corpo da criança e o da mãe não é nítida. Sendo a prematuração uma marca no desenvolvimento humano, a ausência de recursos para sua sobrevivência coloca o bebê em uma relação de dependência. Seu corpo “inacabado” na sua

anatomia, conseqüentemente reflete sua falta de autonomia e o mantém nesta relação de assujeitamento a outro ser humano, que poderá, talvez, garantir sua existência. Segundo Rocha (1998), é este corpo prematuro que levará consigo as marcas iniciais de seu desenvolvimento, desde o seu nascimento, passando pela aquisição de capacidade motora até a aquisição da linguagem.

Um dos aspectos fundamentais na dinâmica da mãe com seu bebê diz respeito ao inconsciente materno. McDougall (1989/1996) escreve que o inconsciente da mãe rege a qualidade da presença materna e a forma como esta se relaciona com seu filho. O inconsciente da mãe se estrutura em decorrência de seus pais e de suas próprias vivências infantis. Outro aspecto considerado relevante é a relação estabelecida entre os pais do bebê, a qualidade da relação amorosa estabelecida entre eles, a gratificação obtida desta relação “... e o grau de investimento real e simbólico do pai aos olhos da mãe” (p. 41). Desta maneira, o universo pré-simbólico e pré-verbal pode servir como uma forma de acesso à compreensão de potencialidades psicóticas e psicossomáticas do ser humano. Sendo assim, a organização psicossomática remete à constituição da vida mental, desde os seus primórdios, em uma fase de desenvolvimento onde a mãe tende a suprir as necessidades de seu filho por meio de um deciframento de suas demandas, em um mundo pré-simbólico.

Sobre o amor materno, Lerude (1998) fala que a vertente natural do amor materno passa pelo desejo de que seu filho não sofra lá onde ela sofreu. Porém, a criança é, muitas vezes, conduzida no caminho a este sofrimento. A autora faz referência a um imperativo social dos pais de que seus filhos sejam felizes, imperativo este legitimado pelo imaginário coletivo. Nas palavras da autora, ao tornar a felicidade de seu filho o objetivo dominante a ponto de ditar a lei familiar, isto poderá produzir o sintoma. Em outras palavras, ao ter a felicidade do(s) filho(s) força de lei no universo familiar e sendo esta o cerne do seu funcionamento em detrimento de outras conquistas no horizonte da família, este imperativo poderá ter um efeito sintomático sobre a criança devido a pouca flexibilidade que esta legislação possibilitará aos integrantes deste sistema familiar. Entretanto, ao falar em fenômenos psicossomáticos, o adoecimento orgânico do qual a criança padece irá diferir dos sintomas resultantes do processo psíquico do recalçamento. No sintoma infantil, a criança manifesta um sintoma-resposta a uma combinação de variantes intrínsecas à dinâmica familiar, sendo tomada pela rede de estruturas que compõem o inconsciente parental.

Ao referir-se ao fenômeno psicossomático, McDougall (1989/1996) concorda com o fato de sua formação não ocorrer por um mecanismo de recalçamento. O recalçamento estaria mais precisamente relacionado com a histeria neurótica, construída a partir de laços verbais. A autora

estabelece que o fenômeno psicossomático dar-se-á a partir de laços pré-verbais, que conceituou como “histeria arcaica”. A “histeria arcaica”, relacionada a uma fase primitiva do desenvolvimento humano, tem a função de preservar o corpo inteiro, a vida do sujeito, e não a manutenção do sexo ou sexualidade do indivíduo. Seguindo, a autora escreve que as eclosões psicossomáticas podem relacionar-se a determinadas formas de funcionamento psíquico adquiridas nos primeiros meses de desenvolvimento do bebê e prevalecerem mais que as soluções neuróticas, psicóticas ou perversas. Para McDougall (1989/1996), o funcionamento psicossomático está pautado em uma sexualidade mais primitiva, aquém dos conflitos edipianos e que é compreendida como defesa contra vivências mortíferas.

A perspectiva psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos abordada neste trabalho parte do princípio de que não há uma relação de causalidade linear no desencadeamento dos fenômenos psicossomáticos e sim, um processo dinâmico que interage no sujeito conforme suas condições subjetivas de lidar com as adversidades da vida. A idéia de causalidade mantém a dicotomia entre corpo e mente, sendo um causa e outro consequência, favorecendo a manutenção da distinção entre estas esferas. No que diz respeito a esta perspectiva linear, Dejours (1998) faz críticas à concepção da doença somática como efeito de um acontecimento psíquico na vida do sujeito e que incide de maneira causal. Isto manteria o dualismo entre soma e psique. O autor reconhece as regularidades existentes no universo humano. Desta forma, na prática clínica não partimos às cegas. Todavia, ele recusa as previsibilidades, por acreditar que a clínica psicanalítica é perpassada pela surpresa. Dejours (1998) formula que a manifestação somática tem um endereçamento ao outro. Sendo assim, o sujeito adoeceria por alguém. Para o autor, “a crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é devido ao outro” (p. 41).

Na trajetória do desenvolvimento do ser humano haverá um somatório de experiências que integrarão sua história e ajudarão a compor as esferas biológicas e psíquicas. O corpo, para a psicanálise, é um corpo simbólico e não puramente biológico. Remete a um corpo pulsional, atravessado pela linguagem e imerso em uma determinada cultura. Segundo Betts (1992), refere-se a um orgânico estruturado como linguagem, e que está, portanto, submetido às leis do simbólico. Sendo assim, o estatuto do corpo parte de uma compreensão de um corpo erógeno, atravessado pela pulsão e situado numa ordem cultural. Porter (1992) escreve que “o corpo é uma construção simbólica, não devendo ser encarado como um objeto de carne e osso” (p. 297). É um corpo construído e investido psiquicamente, um corpo sexualizado, libidinizado, transcendendo a ordem

biológica. Desta forma, evidencia-se nesta dinâmica a erogeneidade do corpo. Assim, a partir das construções e investigações teóricas sobre o corpo, a psicanálise desferiu um corte epistemológico, criando um campo onde se abre espaço para novas conotações, advindo o corpo erógeno. Dejours (1998) fala da subversão do corpo, onde, através da entrada do ser humano no circuito pulsional, há a libertação do reino animal. O corpo entra na esfera erógena, onde há colonização do corpo infantil pela mãe que propicia que o corpo do seu bebê transcenda a ordem da necessidade.

Ainda se referindo ao corpo, Dejours (1998) fala que o corpo biológico se mantém, porém, ele é restritivo, apesar da vida humana ser nele fundamentada. Para o autor, a liberdade humana, todavia, encontra-se no corpo erógeno. Dejours (1998) continua dizendo que a construção de corpo erógeno dependerá da capacidade de os pais de brincarem com o corpo de seu filho. Para a maioria dos pais, este é um exercício que implica em colonização em partes do corpo de seu filho. Há, porém, outras que despertam angústia no casal parental. Quando há o surgimento de barreiras que bloqueiam a brincadeira, como, por exemplo, ao não suportarem as irregularidades da criança frente suas excreções poderão surgir regras rígidas para lidar com a defecação. Estabelece-se, então, um limite onde a partir daí a brincadeira já não é mais possível. O autor escreve que: “nessas zonas do corpo, que são excluídas dos jogos com a mãe ou com o pai, a subversão não pode acontecer. Cristalizam-se neste lugar partes do corpo ou partes da função, que permanecem, de uma certa forma, na ordem animal. Do ponto de vista do futuro do adulto, estas zonas são excluídas da relação com o outro. Não se pode vir a incomodar o sujeito ou vir a solicitá-lo mentalmente, pela imaginação ou pelo desejo, sobre estas zonas do corpo, porque, neste caso, corre-se o risco de um acidente somático” (p. 47).

O seio da mãe, primeiro objeto de satisfação para o bebê, entrará no jogo libidinal estabelecido entre mãe e bebê, sendo que ele permanecerá em contato físico mesmo depois de saciado. É necessário que a mãe deseje entrar neste jogo com o filho, havendo, aos poucos, um deslizamento destas brincadeiras para outras partes do corpo infantil. Freud (1905/1972) formulou com bastante propriedade que as zonas erógenas entram em jogo na vida relacional desta dupla, e que irão modificando no decorrer de seu desenvolvimento. Este corpo libidinizado é que servirá à vida erótica do sujeito.

Ao pensar a questão do corpo para a psicanálise torna-se necessário fazer uma digressão pelo estádio do espelho. O estádio do espelho é um constructo a respeito da gênese do eu, que cronologicamente se situa entre os seis e vinte e quatro meses, afirma Bleichmar (s.d.). Conforme referido anteriormente, a estruturação do psiquismo é entendida a partir das relações intersubjetivas,

ordenadas pela ação estruturante da relação edípica. Esta constituição não se relaciona a um eu percepção, consciência, e sim, um eu surgido da identificação. Em função de o bebê humano nascer imaturo, com uma predominância de sua imaturidade nos seus primeiros seis meses de vida, há um descompasso da criança consigo mesmo e com seu meio circundante entre o orgânico e o relacional. Este mal-estar básico, este desamparo, nenhum cuidado materno pode alcançar.

Há, no decorrer do desenvolvimento, uma falta de sintonia entre o desenvolvimento maturacional da visão e da motricidade. Devido a esta precocidade da visão, escreve Bleichmar (s.d.), Lacan apontará uma supremacia da imagem na relação do homem com seu mundo. Esta imagem desenvolvida é a imagem do semelhante, não de qualquer imagem. Ele utiliza exemplos da psicologia evolutiva para explicar como uma percepção visual, uma imagem do semelhante, pode ter efeitos estruturantes no ser humano. Somente o bebê humano, entre seis e oito meses, reconhece sua imagem no espelho, sendo esta uma diferença em relação a outras espécies animais. O chimpanzé, por exemplo, reconhece a imagem e que se trata de um semelhante (outro chimpanzé), todavia, procura encontrar a imagem atrás do espelho. Já a criança, ao encontrar e identificar sua imagem no espelho, demonstra manifestação de intensa alegria. Ela irá se identificar com esta imagem virtual através deste outro que a segura. Há nesta fase uma antecipação funcional de uma unidade cristalizada pela visão total de seu corpo, que na realidade ela não possui, devido à precariedade de suas coordenações motoras. Isto serve de base para a construção de uma identidade alienante, de um eu alienado, que crê nesta unidade que vem de fora, acreditando ser quem não é, em decorrência desta antecipação de uma unidade que ainda não possui. Para Lacan (1953-1954/1986) “a estrutura imaginária do eu se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo, da imagem do outro” (p.125).

O estágio do espelho escreve Bleichmar (s.d.), está imbricado (sobreposição parcial) no primeiro tempo de Édipo, onde há um predomínio de relação dual da mãe com seu bebê, uma relação de completude e dependência materna. Este momento do espelho está sempre atuante, pois marca um tipo de relação imaginária, especular, dual e que comporá as características do eu. O sujeito irá se constituir, então, a partir do desejo do Outro, do qual vivenciou momentos de dependência total nos primórdios de seu desenvolvimento. O estágio do espelho possibilita à criança visualizar uma harmonia corporal que é virtual e “... que também sanciona o momento em que um ser descobre uma visão de harmonia, ao mesmo tempo em que permanece exposto ao caos interior” (Mannoni, 1982/1986, p. 133). Também é compreendido como um conceito estrutural e relacional, sendo que não aparece, necessariamente, dentro de uma seqüência cronológica ou

temporal. A identificação imaginária que se produz nesta fase do espelho, de acordo com Rocha (1998), antecede a organização do psiquismo em instâncias, pois ainda não se introduziu o corte no psiquismo para dois (mãe e bebê).

Este trabalho situa o fenômeno psicossomático como cumprindo um papel importante na vida do sujeito que lida com suas angústias via somatização. Esta é uma forma de lidar com o excedente da sua capacidade de suportabilidade da dor mental, fazendo uso de um recurso no próprio corpo. Sendo assim, faz-se necessário discorrer sobre o conceito de angústia. No presente trabalho, a pesquisadora optou por fundamentar-se na teoria freudiana.

Sobre a angústia Freud (1933/1972) escreve que esta é um estado afetivo, uma combinação de sentimentos da série prazer-desprazer com as inervações de descarga correspondentes, bem como uma percepção destes sentimentos. Acrescenta que a angústia também pode ser compreendida como um precipitado de um evento importante. O autor considerou o processo do nascimento como protótipo da angústia, “ocasião em que os efeitos sobre a ação do coração e sobre a respiração, característicos da angústia, foram efeitos adequados” (p. 104). Desta forma, ele tomou a primeira angústia como sendo uma angústia tóxica.

O autor estabeleceu uma diferença entre angústia realística e angústia neurótica. A primeira diz respeito a uma reação do ser humano frente a um perigo externo, aumentando o estado de atenção motora e sensorial do indivíduo, descrito pelo autor como um “estado de preparação para a angústia” (p. 104). É a partir deste estado preparatório que se desenvolveria a reação da angústia. Como resultado da angústia surgem dois caminhos: o primeiro seria de a angústia (uma repetição de um antigo evento traumático) ser compreendida como um sinal, onde o restante da reação se adaptaria a esta nova situação de perigo, podendo resultar no uso de mecanismo de fuga ou defesa pelo indivíduo. Ou então, o segundo caminho levaria a manutenção do domínio da antiga experiência traumática, fazendo com que a reação total fosse de mais produção de angústia, podendo paralisar o indivíduo e fazer com que este estado afetivo (angústia paralisante) seja inadequado para os propósitos atuais. Já a angústia neurótica, o próprio autor definiu como parecendo despropositada e enigmática. Freud (1933/1972) destaca três condições da angústia neurótica: a primeira é que esta angústia se apresenta livre e flutuante, em um estado de apreensão difusa, com possibilidade de ‘engatar-se’ de forma temporária a possibilidades que venham a surgir. A segunda condição evidencia que esta angústia se vincula solidamente a idéias (fobias), onde é possível identificar uma relação com um perigo externo. Todavia, o medo encontrado nestas situações é desproporcional. A terceira condição é que ela é também encontrada em histerias ou

neuroses graves, acompanhando sintomas ou surgindo como ataque ou de maneira mais persistente, porém, sem qualquer relação visível a um perigo externo.

Continuando, uma das descobertas de Freud (1933/1972) é de que a expectativa angustiante tem, muito freqüentemente, conexão com a economia libidinal da vida sexual, onde o mais corrente era uma excitação sexual não consumada. Ao ser despertada a excitação libidinal e não chegar ao seu propósito surge o estado de apreensão. Um exemplo do autor é o medo de estar só e o medo de estranhos observados em crianças, explicando que a solidão infantil produz anseio na criança por sua mãe, sendo incapaz de controlar sua excitação libidinal e esta se transforma em angústia (angústia neurótica). Sendo assim, a angústia neurótica se origina a partir da transformação direta da libido. No exemplo da fobia é possível observar que pode haver uma deformação da idéia original que foi reprimida, podendo esta ser tornar irreconhecível. Já a cota da libido vinculada a idéia, ou seja, a cota de afeto, é transformada em angústia, seja o afeto de natureza agressiva ou amorosa.

O autor enfatiza uma relação bastante significativa entre a produção de angústia e a formação sintomática, estas se representam e se substituem mutuamente. Apesar de no presente trabalho ser dado ênfase ao fenômeno psicossomático, diferindo-o de sintoma, este ponto também merece destaque por fornecer subsídios para a compreensão da dinâmica sobre a angústia, e poder ajudar a pensar sobre a diferença entre a angústia materna e a angústia da criança em uma tenra infância.

A produção da angústia é anterior a formação dos sintomas, sendo estes produzidos como forma de evitar o estado de angústia. Freud (1933/1972) assinala que as fobias são as primeiras neuroses infantis, onde é possível observar com maior clareza a substituição de uma angústia inicial por uma formação sintomática. Na angústia neurótica a pessoa teme sua própria libido, ou seja, o perigo é interno e inconsciente, diferentemente da angústia realística, onde o temido é o perigo externo, passível de se tornar consciente, ser reconhecido pela pessoa. Nas fobias, a transformação do perigo interno em perigo externo é verificável, através do processo de deslocamento onde o temor passa a ser externo. Desta forma, fugir de um perigo externo para a pessoa parece ser muito mais fácil do que a fuga de um objeto interno. O exemplo do sintoma fóbico parece esclarecedor para a melhor compreensão da angústia.

A angústia, ao mesmo tempo em que representa um estado afetivo, reproduz um evento anterior que gerou perigo. Sendo assim, a angústia remete a autopreservação, é um sinal da iminência de um novo perigo, provém da libido não utilizável e ocorre durante o processo de

recalcamento. A angústia é substituída pela formação de um sintoma, ficando, então, psiquicamente vinculada. Ou seja, a angústia é que causa a repressão.

Freud (1933/1972) refere que o ego é a sede da angústia. As três principais espécies de angústia (neurótica, realística e moral) possuem correlação com o mundo exterior, com o id e superego. Freud se mostrou surpreso com a descoberta de o perigo pulsional interno ser fator determinante e preparatório para uma situação de perigo externo. Cita o exemplo de uma ausência da mãe ou de um desinvestimento libidinal de seu filho, estas situações levariam a criança a duvidar se teria suas necessidades satisfeitas, colocando-a a situação de extrema angústia e tensão. Acredita que estes fatores que determinam a angústia estão repetindo a situação original de angústia, o protótipo da angústia, ou seja, repetem a angústia original ocorrida no nascimento que representou uma separação materna.

Freud (1933/1972) escreveu que para cada etapa do desenvolvimento humano há um fator de angústia correspondente. Em uma fase precoce do desenvolvimento, onde o ego ainda está imaturo há o perigo de desamparo psíquico; nos primeiros anos de vida, por ser auto-insuficiente a criança teme o perigo frente a perda objetal ou perda do amor; na fase fálica há o temor à castração e no período de latência o temor ao superego. O autor coloca que os fatores anteriores de angústia deveriam desaparecer no transcorrer do desenvolvimento, devido às situações de perigos correspondentes perderem relevância em decorrência do fortalecimento egóico. Entretanto, isto ocorre parcialmente, pois muitas pessoas não superam a perda de amor e reagem de forma imatura, tornando-se dependentes afetivamente, comportando-se infantilmente. Um temor que não cessa, é o temor ao superego, pois se torna imprescindível às relações sociais. Outras situações de perigo se mantêm em períodos ulteriores do desenvolvimento, todavia, sofrem modificações nos fatores que determinam a angústia.

Nas palavras de Freud (1933/1972), a angústia neurótica transforma-se em angústia realística devido ao temor de determinadas situações de perigo. O temido nestas situações não é um dano ao sujeito e sim, algo efetuado mentalmente por ele. O autor clareia este aspecto ao citar que o nascimento (protótipo de angústia) dificilmente representa por si só causa de dano, apesar de considerar que este implica uma possibilidade de danos. A essência, segundo o autor, reside no fato de que o nascimento, tal qual toda situação de perigo, imprime à experiência psíquica um estado de excitação bastante elevado, vivenciado como desprazeroso, impossível de dominar descarregando-a. Denominou de estado “traumático”. Ao colocar em uma seqüência: angústia neurótica, angústia realística e situação de perigo, Freud (1933/1972) chegou a tal proposição: aquilo que é temido, o

que é objeto de angústia é a possibilidade do surgimento de um momento traumático que não pode ser encarado seguindo as regras normais do princípio do prazer, pois não há, nesta circunstância, garantia contra danos objetivos, somente contra danos à economia psíquica. Há um grande distanciamento entre o princípio do prazer e a pulsão de auto-preservação. Segundo o autor, “é apenas a magnitude da soma de excitação que transforma uma impressão em momento traumático, paralisa a função do princípio de prazer e confere à situação de perigo a sua importância” (p.118).

Freud (1933/1972) fala que é possível que surjam na vida psíquica do indivíduo momentos traumáticos onde a angústia não surge como um sinal, tratando-se, então, de uma angústia produzida por um novo motivo. Enfatiza que são somente os recalcamientos posteriores que mostram o mecanismo da angústia como sinalizador de uma situação prévia de perigo, ou seja, ela retroage a uma vivência anterior. O autor segue dizendo que os recalcamientos primeiros e originalmente surgidos decorrem diretamente de momentos traumáticos, onde o ego sofre uma exigência libidinal extremamente elevada, formando novamente uma angústia, a partir do protótipo da angústia, o modelo do nascimento. Freud (1933/1972) afirma a duplicidade da origem da angústia: fruto direto de um momento traumático e como sinal que alude a uma repetição do referido momento.

Sobre a angústia Dolto (1982/1984) refere que há uma angústia na qual nenhum ser humano está protegido, preparado. Trata-se da angústia do desejo genital autêntico e prioritariamente da angústia de morte de pessoas que nos são caras. Acrescenta que o temor da nossa própria morte é uma fantasia, pois morreremos para os outros, não para nós mesmos.

De acordo com McDougall (1989/1996), existem formas substancialmente diversas de as pessoas lidarem com seus sofrimentos. Uma via é através do padecimento psíquico. Por meio de fantasias, sonhos e pensamentos o sujeito lida com o que possa ser para ele insuportável. Outra é fazer uso corrente do processo de somatização como forma de lidar com suas angústias. Para a primeira maneira, a autora afirma que o repúdio por parte do psiquismo ocorre por meio da representação da palavra, devido a insuportabilidade de afeto associada a uma determinada idéia mental. A segunda forma, todavia, aponta para o que ela sinalizou como um quarto destino, onde o afeto está congelado e há uma pulverização da representação da palavra associada a um afeto específico, não permitindo ao sujeito acessá-lo. Tal como afirma a autora, é o próprio corpo que enlouquece quando o sujeito não consegue padecer psiquicamente. Tentativas de estabelecer um equilíbrio psíquico através do não reconhecimento da inter-relação entre sua doença e a dor mental. Desta forma, o sofrimento do sujeito não é manifesto através das palavras ou de outros recursos simbólicos disponíveis.

Sabemos, que, conforme evidencia McDougall (1989/1996), que uma mãe, em função de seus próprios conflitos, pode barrar o ímpeto de diferenciação de seu bebê. Quando para uma mãe for difícil suportar a renúncia de sua presença física devido à necessidade básica de repouso e sono de seu filho, seu comportamento poderá predispor um dos problemas psicossomáticos graves existentes na infância que é a insônia infantil que só encontra seu ancoradouro no colo materno.

Um abalo psicossomático na vida de um ser humano em desenvolvimento, cuja formação psíquica e física está se construindo, incidirá de maneira significativa na sua vida. Apesar de existir uma diversidade de investigações no campo psicossomático, há uma brecha, um vazio deixado pelos teóricos na tentativa de situar o funcionamento psicossomático e as estruturas psíquicas. Para Guir (1983/1988), ao citar Lacan, trata-se de um fenômeno que se situa fora do registro das estruturas neuróticas. Refere-se a estes fenômenos como presentes nas diversas estruturas psíquicas, nos neuróticos, psicóticos e perversos. Porém, parece não se tratar de uma estrutura específica. Trata-se de um fenômeno de bordas?

As somatizações ocultam um drama interior inacessível, mas que ironicamente, por mais que tentem permanecer ocultos, conforme McDougall (1989/1996), se desvelam através do processo de adoecimento do corpo. É o canal de expressão possível que permite descortinar o sofrimento infligido ao soma e que parece, a primeira impressão, esquivar-se de uma representação mental.

A autora ressalta a escassez de conhecimento quanto à estruturação inicial dessas representações, às infra-estruturas pré-edípicas que se situam por trás das organizações mentais psicossomáticas. Escreve que a metapsicologia da psicossomatose necessita ainda de contribuições que lancem luz aos fundamentos mais primitivos do psiquismo humano. Para ela, as manifestações psicossomáticas, bem como neuróticas, psicóticas e perversas são movimentos humanos de cura de si mesmo. Essas construções subjetivas evidenciam a tentativa, via trabalho psíquico, de uma criança que se vê diante de um sofrimento psíquico colocado para além de suas condições de domínio. Segue dizendo que é necessário considerar o contexto no qual esta relação primitiva se estabelece, como também perceber e reconhecer a incidência do social sobre as pessoas que exercem o cuidado com a criança, principalmente mãe e pai. Uma situação difícil vivenciada pelo cuidador poderá repercutir de maneira determinante na vida relacional com a criança. Sendo assim, é de fundamental importância as condições que o casal parental possui para lidar com os conflitos e vivências traumáticas que incidem sobre suas vidas, e, conseqüentemente, sobre a vida familiar. As possibilidades elaborativas nortearão a dimensão destas vivências nas suas vidas. McDougall

(1989/1996) exemplifica situações como: morte súbita de um objeto no mundo materno ou paterno, dificuldades sócio-econômicas, guerras, etc. É possível compreendermos, através da exposição contínua a traumas na primeira infância a que alguns pacientes foram submetidos, a forma de atribuição de suas dificuldades, de seus problemas, a causas externas. Este fato se deve a um desenvolvimento emocional mais primitivo que os impede de uma elaboração de natureza verbal ou simbólica.

A partir desta perspectiva, afirma McDougall (1989/1996), os processos de separação e diferenciação são vivenciados como ameaçadores ao indivíduo, por meio de uma diminuição ou esvaziamento de questões vitais a sua sobrevivência, ao invés de propiciarem uma riqueza na sua vida pulsional. A batalha contra esta divisão original que possibilita a subjetivação pode dar lugar a conciliações muito distintas, entre estas, uma profunda dicotomia entre soma e psiquismo. Esta solução encontrada tem como resultado a manutenção de uma relação intacta como a realidade externa, porém, correndo-se o risco de se estabelecer um funcionamento somático desligado das mensagens de ordem afetiva enviadas pelo psiquismo no que se refere a representações verbais. Restringe-se, assim, a representações de coisas muito intensas e que sejam uma expressão de ordem não-verbal. Para a autora, a forma encontrada pelo indivíduo com funcionamento basicamente psicossomático para lidar com situações muito conflituosas, de proveniência interna ou externa, não ocorre através de reflexões mentais. A dor psíquica e o conflito mental não são reconhecidos e elaborados em uma dimensão simbólica, não buscam uma via de amenizar o sofrimento através de sonhos, processos sublimatórios, devaneios ou outras formas de atividades mentais que visem à redução do estado aflitivo. Há, todavia, uma descarga via soma, através de manifestações psicossomáticas como na primeira infância.

A organização pulsional, como já foi destacado anteriormente, ocupa um papel preponderante nas contingências somáticas e na sua relação de dependência constitutiva. De acordo com Ranña (1997), o bebê se torna bastante vulnerável às somatizações: "... as excitações provenientes das urgências somáticas e das experiências interativas invadem o seu ainda precário e embrionário aparelho psíquico, não tendo aí como serem escoadas para as estruturas psíquicas, de representações; vão circular de volta para o somático, sobrecarregando-o, podendo dar origem a distúrbios de variados graus de gravidade" (p.109). Continuando, o autor escreve que a evolução do vazio representacional do bebê é composta por três processos: a intensidade das excitações que a criança sofre, a descarga na esfera somática e as para-excitações. A para-excitação é a primeira etapa na construção e complexidade do aparelho psíquico. Compõe-se por aspectos objetivo e

subjetivo. O primeiro se refere à eficiência com a qual a mãe responde às urgências vitais do bebê, tanto físicas quanto psíquicas; o segundo relaciona-se com o reconhecimento por parte da mãe de que seu filho é um sujeito desejante e da sua atribuição de sentido às suas demandas a partir de suas próprias vivências subjetivas e inconscientes. De acordo com Debray (1997/1999), são os sistemas de para-excitação materno e paterno que deverão filtrar as excitações transbordantes para promover a proteção de seu filho. Há, então, em uma desorganização psicossomática infantil, o atestado de falência, talvez temporária, destes sistemas que atuam como anteparo dos excessos enviados ao bebê. É necessário contextualizar as manifestações de distúrbios de um bebê de acordo com seus estágios de desenvolvimento.

Ranña (1997), ao se referir à dinâmica estabelecida na primeira infância entre a mãe e seu filho, escreve que é deste campo intersubjetivo que resultam as representações do psiquismo do bebê que se inscrevem no seu sistema mnêmico, e que irão constituir seu aparelho psíquico. Para ele, os distúrbios do bebê são passíveis de produzirem sentido na estrutura da maternagem.

Freud (1914/1972) ao falar sobre o ego assinala que ele não existe no sujeito desde sua origem, necessitando ser desenvolvido. Diferentemente, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde os primórdios da vida humana. Para o surgimento do narcisismo é necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo, o que o autor chamou de uma nova ação psíquica, ação esta que decorre dos investimentos realizados pelo agente maternante. Este outro cuidador, que freqüentemente é a mãe, é quem irá, nas suas atribuições, efetuar estas inscrições psíquicas. O auto-erotismo, conforme Ranña (1997), marca uma clivagem entre uma necessidade física e o prazer libidinal. Nele, há o investimento da excitação em uma parte do próprio corpo, possui uma função tranquilizadora, calmante e poderá, com o apoio do imaginário, colocar-se como substituto do objeto. Ao mesmo tempo em que o auto-erotismo sinaliza a presença do imaginário, desvela uma característica pulsional importante, que é o deslocamento de um objeto a outro.

Os investimentos auto-eróticos, segundo Lacan (1954-1955/1985), desempenham um papel preponderante nos fenômenos psicossomáticos. O autor aponta que os fenômenos psicossomáticos não se situam no âmbito das construções neuróticas. A diferença assinalada reside no narcisismo, apontado como sendo uma linha divisória entre a neurose e o fenômeno psicossomático, pois é necessário para uma relação objetal existir que esteja presente uma relação narcísica do eu ao outro. É uma condição *sinequanon* de qualquer objetivação no mundo externo. Todavia, o fenômeno psicossomático se situa aquém do narcisismo. Nele não há relação ao objeto e a lesão do órgão se

produz no registro do auto-erotismo, onde os investimentos libidinais são orientados para o próprio organismo.

O fenômeno psicossomático é compreendido por Ranña (1997) como disfunção “... do corpo biológico em consequência de uma falha na organização pulsional” (p. 105). Há uma falha do aparelho psíquico de abrangência pontual ou global em transformar excitações oriundas do corpo, ou decorrentes do corpo com o mundo exterior, em representações psíquicas. Desta forma, o conceito de pulsão, um dos principais conceitos metapsicológicos, é de extrema importância na compreensão destes fenômenos. O conceito de pulsão, para Freud (1915/ 1972), situa-se no limite entre o somático e mental. Este conceito será desenvolvido a seguir.

Freud (1933/1972) salienta que a pulsão provém de fontes internas de estimulação, originárias do próprio corpo que atuam como força constante e que não é passível de ser evitada por meio da fuga, como ocorre com o estímulo externo. A pulsão distingue-se em origem, objeto, e finalidade. A origem, como foi de certa forma mencionado, é um estado de excitação interno do corpo, cuja finalidade é a remoção desta excitação. Ao seguir o caminho que vai desde a origem até a finalidade, a pulsão se torna atuante psiquicamente (é uma energia que faz pressão em uma determinada direção). Seu nome, *Trieb*, deriva desta pressão (impulso). Os impulsos da pulsão oriundos de uma fonte ligam-se a outros, provenientes de outras fontes e compartilham suas contingências (vicissitudes), podendo uma satisfação pulsional ser substituída por outra. As relações da pulsão com sua finalidade e objeto podem sofrer alterações, apesar de a relação com o objeto ser a que tende a ceder mais facilmente. A estas modificações na finalidade e na troca objetal o autor chamou de sublimação, onde se consideram os valores sociais. Freud (1933/1972) destaca a existência de pulsões que são inibidas em sua finalidade de satisfação, se efetuando “uma duradoura catexia objetal e se estabelece uma permanente tendência [de sentimento]” (p.121). O autor cita o exemplo do sentimento de ternura que se origina de uma fonte sexual e, entretanto, renuncia a esta satisfação, sublimando-a. Freud (1933/1972) fala em pulsões com finalidades ativas e passivas, sendo que esta finalidade pode ser buscada no próprio corpo do indivíduo. Neste caso, trata-se do que já foi aludido anteriormente, de investimentos auto-eróticos. Entretanto, normalmente, na pulsão inclui-se um objeto externo. É neste objeto que a pulsão buscará atingir sua finalidade externa, sendo que a finalidade interna é sua modificação corporal sentida como satisfação.

Ainda sobre as pulsões, Freud (1933/1972) destaca as qualidades de se modelarem que estas têm, alterarem suas finalidades, suas capacidades de fazerem substituições, permitindo a troca de uma satisfação pulsional por outra e suas propriedades de postergarem as satisfações.

No que se refere ao modo que a vida pulsional serve à função sexual, Freud (1933/1972) escreve as pulsões são oriundas de uma diversidade de áreas e regiões do corpo do indivíduo e que buscam a satisfação de forma bastante independente entre si, satisfazendo-se em algo que o autor denominou “prazer do órgão”. Trata-se, portanto, das zonas erógenas identificadas por Freud (1933/1972), sendo os genitais a última destas zonas, acrescentando que não é possível abstrair o nome prazer sexual “do respectivo prazer do órgão” (p.123). Todavia, nem todos estes impulsos que visam o prazer são utilizados na finalidade da função sexual, alguns são colocados de lado pro meio do recalçamento ou devido a outros processos (como a sublimação, por exemplo) sendo utilizados para reforçar outros impulsos servindo a atos introdutórios e produção do pré-prazer. Ele destaca as diversas fases da organização sexual primitiva que fazem parte da história da função sexual do indivíduo, a saber: a fase oral, onde de acordo com a forma que o lactente é alimentado, a sua boca, enquanto zona erógena, irá dominar o que pode ser designado como atividade sexual nesta etapa de sua vida. Freud (1933/1972) faz uma subdivisão nesta fase, onde no primeiro sub-estágio não há ambivalência em relação ao seio materno, o que esta em questão é a incorporação oral, seguindo-se o segundo sub-estágio onde é possível reconhecer a ambivalência, presente na atividade de morder, descrito como “estádio oral-sádico”. Na próxima fase, os impulsos sádicos e anais ficam em evidência, interconectados com o surgimento da arcada dentária, do fortalecimento do tônus muscular infantil e controle das funções esfínterianas. Na terceira etapa, na fase fálica, há o predomínio do órgão masculino, e o seu correspondente para o sexo feminino, assumem uma importância ímpar. Finalmente na fase genital, posterior a puberdade, ocorre a organização sexual definitiva, como havia sido referido acima, sendo que o órgão feminino também adquire reconhecimento.

Freud (1933/1972) destaca na conferência XXXII “o quanto de cada fase anterior persiste junto a configurações subseqüentes, e depois delas, e obtém uma representação permanente na economia libidinal e no caráter da pessoa” (p. 125). Acrescenta que os estudos ensinaram que sob determinadas condições psicopatológicas, muito freqüentemente ocorrem regressões a etapas anteriores e que algumas destas dizem respeito a determinadas formas de doença. O autor advoga a idéia de que deve se estar ciente da existência de conexões profundas para poder se orientar pelas fantasias humanas, suas associações que são influenciadas pelo inconsciente e que possuem uma linguagem sintomática. Muitas vezes, fala o autor, fezes – dinheiro – dádiva – bebê – pênis são tratados pelo indivíduo como se significassem a mesma coisa e são representados pelos mesmos símbolos.

Ainda sobre as pulsões Freud (1933/1972) as identifica em dois grupos, as pulsões sexuais (*Eros*) e as pulsões agressivas, cuja finalidade é a destruição. A este segundo grupo, o autor fala que para a maioria das pessoas há uma tendência a rejeitá-lo, é indesejável, por estar em jogo um importante fator afetivo. Enfatiza que parece ser “um sacrilégio incluí-lo na constituição humana” (p. 129), contrariando muitas convenções sociais e religiosas. Segundo ele, a crença na bondade da natureza do homem só causa prejuízo. A argumentação da existência de pulsões agressivas e destrutivas na humana foi baseada nos fenômenos do sadismo e masoquismo. Todos os impulsos sexuais são fusões ou uniões parecidas dos dois grupos de pulsões. Existe uma diversidade de proporções nestas fusões. Por exemplo, as pulsões eróticas fariam a introdução de diversos fins sexuais nesta fusão, e outras pulsões somente permitiriam a atenuação ou gradação.

No que se refere à capacidade autodestrutiva do ser humano, ao pautar-se pela teoria freudiana, é necessário remeter ao masoquismo. Sobre o masoquismo, Freud (1933/1972) fala que se deixarmos de lado seus componentes eróticos, evidencia-se a tendência humana a autodestruição. O masoquismo é anterior ao sadismo, sendo o segundo dirigido para o exterior, adquirindo desta forma a característica de agressividade. Porém, poderá permanecer internamente uma determinada quantidade da pulsão destrutiva original. O sadismo parece ser concebido somente nestas condições: combinado com pulsões eróticas no masoquismo, ou acrescido de um impulso erótico maior ou menor, dirigir-se ao mundo exterior sob a forma de agressividade. Todavia, é destacado por Freud (1933/1972) que a agressividade, nestas circunstâncias, poderá não ser satisfeita ao se deparar com obstáculos reais. Como consequência, poderia haver uma retração da agressividade e um aumento da autodestrutividade existente no interior do indivíduo, como fora referido acima, devido aos resquícios da pulsão agressiva original presente no indivíduo. Nesta situação, onde há o tolhimento da agressividade, pode haver um grave dano ao indivíduo, pois parece existir uma necessidade humana de destruir algo ou alguma pessoa externa a nós, para que possamos nos proteger frente ao impulso autodestrutivo. Que estranha pulsão é esta, assinala o autor, “que se volta para a destruição de sua própria morada orgânica essencial” (p. 132). Aí é possível identificar a dinâmica pulsional envolvida nos fenômenos psicossomáticos.

Freud (1933/1972) destaca que as pulsões regem a nossa vida psíquica e a “vida vegetativa” (p. 132), e estas tem a dimensão de restaurar uma situação anterior. Ou seja, depois de ser desfeita uma determinada situação alcançada, há uma tendência humana, que o autor denominou de “compulsão a repetição”, através da criação de uma pulsão que surge com o intuito de recriar a situação. Ele exemplifica que toda a embriologia se situa neste fenômeno, através da capacidade

regenerativa dos órgãos, e complementa dizendo que esta propriedade humana, de tender a repetição, é remanescente desta capacidade de regeneração tão surpreendentemente desenvolvida em animais inferiores. Aquilo que o ser humano qualifica de instinto nos animais ocorre sob a perspectiva da compulsão a repetição, revelando a natureza conservadora das pulsões.

Freud (1933/1972) chamou a atenção de que as experiências que foram recalçadas e esquecidas na infância se reproduzem durante o processo analítico, através dos sonhos e reações, particularmente naquelas ocorridas a partir da dinâmica transferencial. Este revivescimento vai de encontro ao interesse do princípio do prazer e esta compulsão a repetição é observada fora da situação analítica. Por exemplo, há pessoas que repetem situações indefinidamente, apesar de estas lhe trazerem prejuízo; ou outras, se sentem perseguidas por destinos implacáveis, apesar de que, em um estudo mais minucioso ser possível identificar que elas próprias são responsáveis por este destino. Nas entrevistas realizadas foi possível identificar que, através da cadeia associativa, determinadas lembranças emergiram.

Para responder a relação existente entre a autodestrutividade e a propriedade de conservação das pulsões, Freud (1933/1972) retomou a época remota da origem da vida, a partir da matéria inorgânica, acreditando que deva ter existido um instinto que procurou eliminar a vida e retornar ao estado inorgânico inicial. Ao reconhecer a hipótese de autodestrutividade neste instinto, o autor a considera como sendo uma expressão do instinto de morte presente em todo o processo de vida. Desta forma, ao acreditar que as pulsões se dividem em: pulsões eróticas que visam combinar substâncias vivas em unidades sempre maiores, e em pulsões de morte, que são uma oposição a esta tendência, levando o que está vivo ao retorno de um estado inorgânico, ao retorno a origem, o autor considerou que os fenômenos de vida derivam desta dualidade pulsional e finalizam com a morte. O autor destaca que não se trata de uma afirmação de que a morte é o único objetivo da vida humana. Há sim, o reconhecimento de duas pulsões básicas com finalidades próprias, singulares e ambos se amalgamam no processo de viver. A pulsão de morte é colocada a serviço dos propósitos de vida, principalmente quando voltada para o mundo externo sob a forma de agressividade, agressividade necessária a sobrevivência humana. Ainda sobra a agressividade, Freud (1933/1972) assinala que sua restrição é o mais rígido sacrifício que a sociedade exige do indivíduo. Faz uma analogia ao dilema “comer ou ser comido” que predomina no mundo orgânico, dizendo que é um prolongamento deste dilema, porém, transposto para a esfera psíquica. As pulsões agressivas estão sempre entrelaçadas com as eróticas, desta forma, as pulsões eróticas atenuam e remediam muito

coisa debaixo da insígnia de civilização, insígnia esta que comporta condições criadas pela própria humanidade.

Freud (1933/1972) traz um exemplo bastante elucidativo que evidencia sentimentos autopunitivos onde a obtenção de satisfação ocorre através do sofrimento vinculado a neurose do indivíduo e que o faz arraigar-se a condição de estar doente. Registro este caso, no presente trabalho, como forma de demonstrar a dinâmica inconsciente nos processos psicossomáticos: trata-se de uma jovem que durante quinze anos padeceu de uma série de sintomas. Ao sentir-se bem se lançou a uma intensa atividade buscando desenvolver seu talento e buscar reconhecimento. Suas tentativas mostravam-se infrutíferas quando os outros lhe apontavam ou ela própria reconhecia que estava em idade avançada para conseguir realizar algo na área de seu interesse. Ao invés dela recair na doença após ser barrada ou barrar-se nos seus intentos, ela encontrou outra saída: envolvia-se em acidentes que a colocavam fora de ação temporariamente e isto lhe causava sofrimento. Foi uma série sucessiva de sofrimentos (contundia o joelho, feria a mão). Ao conscientizar-se de sua participação nestes aparentes acidentes, fez uma substituição por: resfriados, amidalites, resfriados, infecções reumáticas. Estas manifestações desapareceram quando findaram suas tentativas de mostrar seu talento e buscar reconhecimento. Todavia, este caso não será pormenorizado, é meramente ilustrativo.

Outras considerações sobre o fenômeno psicossomático. Este fenômeno é, de acordo com Rocha (1998), a expressão da excitação quando esta, não conseguindo uma saída simbólica através de uma ligação entre afeto e representação, tende a desorganizar o funcionamento mental do sujeito, com conseqüente desencadeamento de descargas direta no soma.

Em relação à psicogênese dos fenômenos psicossomáticos, há quase um consenso entre os teóricos que estudam psicossomática, que esta se funda na relação precoce estabelecida de forma distorcida entre a mãe e seu bebê. Há a formação de uma estrutura psíquica fragilizada, que não consegue responder, a nível psíquico, às contingências da vida que ultrapassem seu limiar de suportabilidade, contribuindo, desta maneira, para uma debilidade fantasmática e simbólica.

O processo de adoecer no sujeito humano, no presente trabalho, parte do pressuposto de que não se trata de sintoma, e sim, fenômeno. O sintoma é uma formação inconsciente, possui uma estrutura metafórica e pode produzir deslocamentos, deslizamentos significantes (como na conversão histerica, que pode ser acessado via interpretação) e sofre transformações a partir da verdade do sujeito. Nele, há produção de ressignificações, possibilitando reposicionamento subjetivo. Partindo da teoria lacaniana, o significante holofraseado, presente nos fenômenos

psicossomáticos contorna a estrutura da linguagem, apresentado-se de uma forma diferenciada do sintoma. Um sintoma histérico pode, através de uma interpretação, ceder prontamente, o que não ocorre nos fenômenos psicossomáticos. Nestes, há uma lesão no órgão e, quando esta for reversível, não cederá instantaneamente. Apesar desta diferença, os fenômenos psicossomáticos são “... passíveis de se colocarem dentro do campo de comunicação da linguagem, como efeito do inconsciente sobre o somático” (Abreu, 1983/1988, p. 22). Assim, escreve o autor, o fenômeno psicossomático se situa dentro da esfera da pesquisa psicanalítica. Eles se colocam dentro de uma perspectiva de indução ou causalidade significativa, não se restringindo a uma estrutura psíquica específica. Situam-se aquém das construções neuróticas, e as lesões psicossomáticas podem ser encontradas em sujeitos neuróticos, perversos ou psicóticos.

No desenvolvimento infantil, em um estágio bastante inicial, há a existência da holofrase. A holofrase diz respeito à entrada da criança na língua materna, nos ensaios iniciais da fala infantil, nos balbucios. Ela é encontrada nos primórdios do desenvolvimento humano, sendo o fundamento da psicossomática. Na holofrase não há a substituição significativa, e, portanto, produção de metáfora. Não há o intervalo entre S1 e S2. Há uma gelificação dos significantes primordiais S1 e S2, isto é, não há o deslizamento dos significantes, eles estão congelados. Assim, não há o par fundamental da estrutura significativa que são: a metonímia, que faz conexão de um significante a outro; e a metáfora, que substitui um significante por outro, com produção de sentido. A holofrase parece contar a história do sujeito. De acordo com Lacan (1953-1954/1986), a holofrase se liga a situações limítrofes “... em que o sujeito está suspenso numa relação especular ao outro” (p. 258).

De acordo com Infante (1997), “o fenômeno psicossomático remete a um outro tipo de inscrição que, por sua vez, remete a uma questão da pulsão e da fixação de gozo nele implicada. A inscrição pulsional faz do organismo e sua libido um corpo em que o gozo³ se situará nos limite das zonas erógenas. O fenômeno psicossomático remete a uma reintrodução do organismo no corpo e, neste processo, o gozo se situaria no órgão” (p. 149). Continuando, o autor estabelece que se faz necessário diferenciar o fenômeno psicossomático, propriamente dito, das manifestações da primeira infância ditas psicossomáticas. Estas manifestações, para o autor, podem servir como luz

³ Diferentes relações com a satisfação que um sujeito desejante e falante pode esperar e experimentar no uso do objeto desejado. Este termo se distingue, pois, de seu emprego comum, que confunde o gozo com as diversas vicissitudes do prazer. O gozo refere-se ao desejo, e precisamente ao desejo inconsciente, isso mostra o quanto essa noção ultrapassa qualquer consideração sobre os afetos, emoções e sentimentos, e coloca a questão de uma relação com o objeto que passa pelos significantes inconscientes. (Chemama, R. (1995). Dicionário de Psicanálise. Larousse. Porto Alegre, RS: Artes Médicas)

para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos, entretanto, não se relacionam a uma fixação de gozo, por não possuir correspondência no bebê. As manifestações no bebê apresentam características de instabilidade emocional, labilidade, devido ao fato de as inscrições pulsionais que lhe são dirigidas estarem em andamento.

Apesar de a literatura psicossomática ser um campo em expansão, é ainda, dentro da perspectiva psicanalítica, um domínio pouco explorado, devido à complexidade das esferas biológicas e psíquicas. Segundo Ávila (1996), "... a relação entre o corpo e a psique ocupa o próprio centro da indagação psicanalítica" (p. 33). Parafraseando Dejours (1998), no fenômeno psicossomático o drama intrapsíquico está impossibilitado de ser colocado em cena, a dramaturgia está impedida.

Conforme Marty (1990/1993), "a prática psicossomática no adulto remete quase sempre, em parte, às dificuldades de diversas ordens dos sujeitos em sua infância, sobretudo em sua primeira infância" (p. 7). Somado a isto, é evidenciado por Kreisler (1977/1978), que as estruturas familiares são determinantes dos fenômenos psicossomáticos infantis. Assim sendo, o pai, enquanto agente formador da subjetividade infantil e integrante da constelação familiar, tem importância ímpar. Segundo Guir (1983/1988), "parece que, na dinâmica psicossomática, a metáfora paterna não funciona, não faz corte entre S1 e S2, para que haja emergência do objeto *a*" (p. 174), objeto causa do desejo onde há inscrição da falta. Em relação ao fenômeno psicossomático há uma inoperância do Nome-do-Pai, metáfora paterna que possui função de lei, os significantes paternos se inscrevem, mas não fazem metáfora. Há uma "lei fragilizada". A inscrição ocorre no real do corpo, ocasionando a lesão, a somatização.

A função paterna é o ponto estrutural no desenvolvimento humano, de onde se pode partir para pensarmos os sintomas e os fenômenos psicossomáticos na teoria psicanalítica. O significante Nome-do-Pai assinala Guir (1987/1990), possui um registro singular, onde a função paterna incide de maneira inoperante, fazendo com que haja manifestações via soma. Uma falha na função paterna institui o fenômeno psicossomático. O autor escreve que "o problema de fundo do fenômeno psicossomático é este: a metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros. Somente alguns momentos específicos do discurso provocam um desencadeamento no corpo. Trata-se, portanto, de algo descontínuo" (p. 48).

5. A asma e sua incidência na infância

A peregrinação por subsídios teóricos que auxiliassem na investigação da articulação entre função materna e asma infantil foi permeada por escassez de material teórico. Esta ausência, por si só, já se torna promotora, desafiadora para levar adiante esta pesquisa. Porém, soma-se a isto o desejo da pesquisadora em adentrar neste universo, que até a presente pesquisa estava pautado quase que exclusivamente por manancial teórico. Há restrição de produção teórica que discorra sobre este tema específico. São poucos os autores que escrevem sobre esta articulação. Desta forma, este tópico é composto de fundamentos teóricos que, no seu conjunto, mais se aproximam do tema proposto.

Kreisler (1977/1978) assinala, “as bases psicológicas da asma são de ordem psicológica e psicanalítica” (p. 85). Esta afirmação parece indicar que a compreensão da doença asmática também passa por uma incursão no campo psicanalítico. Aponta para uma investigação que integre as esferas somática e psíquica. Desta forma, será assinalada constantemente neste trabalho uma visão de integralidade entre psique e soma, o que definirá o ponto de partida para melhor entender a asma⁴, sua manifestação na infância, e sua relação com os primórdios do desenvolvimento humano. Para Marty (1990/1993), “o homem é psicossomático por definição” (p. 7). A hipótese da psicogênese da asma, nesta dissertação, diferirá da perspectiva de conversão histérica e incidirá sobre os fenômenos psicossomáticos.

A asma, segundo Kreisler (1977/1978), é caracterizada por crises de sufocação oriunda de uma obstrução dos brônquios. A caracterização dada à asma, conforme Goldeszer, Gonzalez, Kozak, Menassa, Menassa e Villavella (1993). (1993), é de “... um aumento da capacidade de resposta do trato traqueobronqueal frente a diversos estímulos, resposta que se manifesta através de episódios paroxísticos de dispnéia, tosse, roncocal e sibilâncias, consequência da bronco constrição espasmódica e do aumento das secreções que sofrem as vias aéreas inferiores” (p. 55). Classicamente os ataques de asma têm uma duração que varia de minutos a horas e, ao cessar, há a recuperação completa da capacidade funcional do sujeito.

⁴ A palavra asma deriva do grego, e significa arquejante, ofegante. As origens deste termo são obscuras, todavia, parece que se ligam a raízes que significavam “soprar forte” e “lutar pelo fôlego”. A primeira discussão com detalhes sobre a asma data da Era Cristã, quando *Aretaeus* (médico mais importante da época), o Capadócio, e Galeno (médico da corte de Marco Aurélio) escreveram sobre esta entidade. (http://www.ilife.com.br/newhomemat.cfm?id_materia=218&id_area=10)

Epidemiologicamente, a asma é uma enfermidade que afeta ao redor de 4% de todas as populações. Inicia em qualquer período de vida. Entretanto, 50% dos casos se manifestam antes dos dez anos de idade e em um terço da população surge até os 40 anos.

Um aspecto importante a ser considerado diz respeito à imprecisão do diagnóstico de asma em crianças pequenas, foco etário da presente pesquisa. Segundo Fischer (2002), há um questionamento na literatura universal sobre a etiologia da sibilância no primeiro ano de vida. Indaga-se se esta manifestação nesta faixa etária pode remeter a um diagnóstico de asma, pois a doença asmática no período de até dois de idade é de difícil diagnóstico. O referido autor destaca alguns indicadores que podem contribuir para diagnosticar asma em tão tenra idade: a existência de sibilância recorrente em crianças com histórico familiar próximo, tal como irmãos, pais e resposta ao tratamento (benadrenérgicos e corticosteróides), não existindo evidências de outros possíveis diagnósticos para a sintomatologia em questão.

Em relação à incidência da asma, Kreisler (1978/1981) aponta que na população geral de crianças de três meses a três anos, 50% estão sob o cuidado integral de suas mães. Curiosamente, as crianças asmáticas encontram-se nos outros 50% da população estudada que não está integralmente sob os cuidados maternos. Estes dados sugerem que a situação de guarda da criança em um período parcial pode ter um peso significativo, provocando dificuldades para a criança em um período de vida em que a permanência do objeto é importante para seu desenvolvimento e sua constituição psíquica. Isto não trará nenhum dano à criança, desde que algumas condições possam ser atendidas, principalmente a que diz respeito à ausência de uma relação perturbada entre a mãe, ou aquela que cumpre a função materna e seu filho. O autor acredita que é nas incidências individuais que convém refletir sobre a doença asmática infantil, não desconsiderando, todavia, as causas ditas sociais, como: levantar cedo, transporte da criança no frio, situação de exposição a alérgenos e infecções oriunda do coletivo, que também devem ser consideradas. Nas situações em torno da asma, os conflitos existentes com pessoas que ocupam provisoriamente a guarda, aparecem velados sob a forma de competição no que tange à afeição e cuidados dedicados à criança asmática. Assim, estes conflitos têm a particularidade de não serem violentos, tampouco, abertos. A possibilidade de colocar a criança em uma situação de escolha entre dois objetos, onde haverá a exclusão de um, como por exemplo, um conflito inconsciente entre a mãe e a babá, pode demarcar a origem da crise alérgica. É destacado novamente que, deixar uma criança sob cuidados de outra pessoa, não conduz, necessariamente, a uma situação conflitiva.

A asma, quando ocorre na criança, é freqüentemente alérgica, de acordo com Kreisler (1977/1978). Neste caso, é desencadeada quando a criança entra em contato com algum alérgeno. O campo alérgico remete a uma predisposição hereditária. A personalidade imunológica dos seres humanos se constitui nos primeiros meses de vida, o que revela, segundo o autor, a relevância de uma preparação biológica. Bélot-Fourcade (1998) cita o artigo do *Le Monde*, de setembro de 1986, intitulado “A asma: a má reputação”, que, baseado nas palavras de Pr. Michel considerava a asma, enquanto doença alérgica, uma doença da civilização. A crise alérgica nos seres humanos, conforme Fain (1981), resulta de fenômenos complexos, apesar da evidência da presença de algum alérgeno.

Para Fain (1981), nas asma infantis, *a fortiori* precoces, parece ter existido uma incitação sistemática oriunda do universo familiar ou da mãe, inviabilizando a construção de mecanismos de defesa. Às vezes, porém, esta edificação provém de fora do contexto familiar.

Nas palavras de Kreisler (1977/1978), a asma, na infância, ocorre com muita incidência no período noturno e repetidas vezes. Sua manifestação, quando ocorre em crianças, é de alta freqüência. A falta de ar vivenciada é muito penosa e difícil e, ao expirar, ela é acompanhada de silvos⁵. A freqüência das crises de asma é importante na composição do diagnóstico: se espaçadas, não deixam a criança tão enfraquecida, e, se a periodicidade for elevada, somando-se a isto, infecção e insuficiência respiratória, tratar-se-á de uma situação mais séria. Geralmente, as crises se encerram por volta dos três anos de idade. Quando a asma surge em um período mais tardio, ela tende a evoluir por diversos anos e cessar na puberdade. Ela, com muita freqüência, é acompanhada de eczema⁶, ora precedendo-o, ora alternando-se com ela ou surgindo concomitante ao mesmo.

Parece oportuno fazer um retrocesso temporal e registrar o processo de inclusão do sujeito no mundo respiratório. Esta trajetória foi explanada por Goldeszer e cols. (1993), a partir da saída do recém-nascido do útero materno. Segundo os autores, desse momento em diante o neonato é levado a respirar por conta própria e, assim, a partir do momento que ele tem condições de fazê-lo, a placenta deixa de cumprir esta função. Neste período de transição o bebê suporta um lapso sem respiração. Ao sair do útero sente-se levado a respirar devido a um estado de hipoxia⁷. Desta forma, o reflexo respiratório é ativado em decorrência da acumulação de dióxido de carbono e da corrente

⁵ Qualquer som agudo e relativamente prolongado produzido pela passagem do ar comprimido entre membranas que vibram. (Aurélio, B. (1986). Dicionário da Língua Portuguesa (3ª ed.). São Paulo, SP: Ed. Nova Fronteira)

⁶ Dermatose inflamatória caracterizada pela formação de vesículas confluentes, exsudatos e crostas, e provocada por diferentes causas. (Aurélio, B. (1986). Dicionário da Língua Portuguesa (3ª ed.). São Paulo, SP: Ed. Nova Fronteira)

⁷ Baixo teor de oxigênio. (Aurélio, B. (1986). Dicionário da Língua Portuguesa (3ª ed.). São Paulo, SP: Ed. Nova Fronteira)

sangüínea, estabelecendo-se para sempre, como um movimento muscular necessário que requer determinado tempo para organizar-se. A partir da transformação da respiração em uma constante o bebê passa a se tornar escravo do ar. É uma encruzilhada na qual, a partir da anoxia⁸, o bebê acede ao mundo exterior através do ar, rompendo, desta forma, o circuito circulatório fechado mãe-bebê e dando acesso à matéria da voz. Este ar constitui a primeira sonoridade que antecede a voz.

A respiração é partícipe em todos os momentos de vida do sujeito, e em consonância com o meio circundante e também meio interno. Conforme as situações vivenciadas, haverá uma relação com sua capacidade respiratória. Por exemplo, em situações muito angustiantes ou que causem medo o sujeito terá modificada sua condição respiratória. Isto se estende a situações prazerosas e desprazerosas.

Segundo Kreisler (1977/1978), “a asma, o espasmo do soluço, as dispnéias de angústia, a toxicomania por inalação, sugerem a diversidade das estruturas psicopatológicas dos estados respiratórios, desde a doença psicossomática até à perversão” (p. 87). Neste estudo, não iremos nos ater às manifestações de sufocação por uso de químicos inalados intencionalmente.

Kreisler (1977/1978) chama a atenção para a importância das circunstâncias psicológicas na gênese das crises e agravamento da asma. Ressalta o traumatismo⁹ e diversas situações conflituais como propulsores da doença. Parece persistir em diversos casos um comportamento dependente por parte da criança concomitante a uma proteção materna desmedida. Para o autor, o ambiente circundante da criança asmática é especial, “... fechado em si mesmo, de acesso difícil, de que as tentativas de aproximação psicológica terminam quase sempre por ruptura, uma vez que a mãe e o pai não podem suportar a idéia de se sentirem desapossados do filho” (p. 84).

Nas palavras de Kreisler e Fain (1978/1981), além da introdução de um terceiro personagem na relação dual entre a mãe e a criança, há a existência de uma relação exclusiva com a mãe, referida pela experiência pediátrica como “superprotetora”. Esta é também considerada pelos autores como uma das particularidades etiológicas da asma infantil. O termo “superprotetora” é bastante vago, escreve Kreisler (1978/1981), mas parece responder a motivações de origem inconscientes deveras precisas. Em relação a esta particularidade, o autor diz que a tolerância materna é somente de satisfações que o bebê possa vir a ter com o contato materno. Trata-se de um

⁸ Semelhante a hipóxia. Baixo teor de oxigênio. (Aurélio, B. (1986). Dicionário da Língua Portuguesa (3ª ed.). São Paulo, SP: Ed. Nova Fronteira)

⁹ A noção de traumatismo, em psicossomática segundo Marty (1993), corresponde a ultrapassar as possibilidades de adaptação. “O efeito desorganizador final do traumatismo sobre os aparelhos mental e somático define o traumatismo” (p. 30). (Marty, P. (1993). Em P. C. Ramos (Trad.), A psicossomática do adulto. Porto Alegre, RS: Artes Médicas)

investimento intenso e intermitente, que está vinculado a um fantasma: “o retorno da criança ao *in utero*” (p. 312). Seu filho, nestas circunstâncias, não é admitido na separação, e sim, admirado enquanto bebê, mantendo-se, assim, fora da situação triangular. O autor acima citado diz que disso resulta “... uma supressão do sistema psíquico criado pelo desprazer da ausência do objeto” (p. 312), que traz efeitos infecundos ao desenvolvimento infantil. A presença materna excessiva entrava a individualização e a autonomia da criança. A mãe do bebê asmático se apresenta numa relação “hipernormalizante” que oculta sua dificuldade de investir em outro objeto que não seja seu filho, devido à impossibilidade de prosseguir o rumo normal de investimento materno, ou seja, fazer a passagem para outro objeto amoroso, seu parceiro, ocupando novamente seu lugar de mulher, de amante. Referindo-se ao aspecto superprotetor da mãe, Winnicott (1988/1990) sugere que, para melhor compreender a asma e sua relação com um forte advento externo desfavorável (adverso), é importante entender o impacto que tem na criança o inconsciente materno, que sustenta esta forma de relação. O autor sugere que a asma surge, freqüentemente relacionada a situações de intensa pressão para a criança, como o nascimento de outra criança ou situações emocionais insuportáveis para sua condição psíquica. A instalação da asma advém de fatores profundos, conscientes ou não. Debray (1987/1988) concorda com estas particularidades encontradas na criança asmática, e acrescenta que este excessivo investimento materno que impede no bebê qualquer instalação de falta irá bloquear o “prelúdio da vida fantasmática”, bem como a instauração da “censura do amante”. Em alguns casos, esta relação estabelecida poderá ser transitória (somente nos primeiros meses ou anos de vida), levando à cessação de crises asmáticas normalmente até os três anos de idade; e em outros, se estenderá como forma de um funcionamento arraigado, onde a asma tem uma propriedade auto-reguladora do equilíbrio do organismo. Este funcionamento é bastante observado em crianças e adolescentes que têm sua asma cessada à medida que se encontrem afastadas do seu universo familiar e, ao retornar ao convívio familiar, ela retorna, evidenciando uma situação, no mínimo, paradoxal.

Em decorrência de ser significativa a contribuição da psicossomática do adulto à compreensão da psicossomática da criança e vice-versa, parece ser oportuno trazer para este estudo o trabalho realizado em pacientes adultos por Marty (1993). Sua exposição intitulada “a relação objetal alérgica”, realizada no ano de 1957 concebia o sistema relacional “alérgico” como uma identificação ou fusão ao objeto. Este modelo foi sendo retomado e chegou-se à expressão “alergia essencial”. Ela pontuava o duplo determinismo precoce de certos sujeitos: os determinismos mental e somático. O autor considera que “... as idéias de fixação maciça a uma fase pré-objetal de

indistinção primária com a mãe ou, em certos casos, de retorno regressivo parcial a essa fase normalmente evolutiva, sem dúvida, são ainda correntes” (p. 16). Fain (1978/1981), ao se referir a este tipo de relação, diz que se trata de um modo de ser do sujeito, onde o objetivo é afastar qualquer conflito intrapsíquico. Aparecem na linguagem destes pacientes diversos lapsos, confusões em pronomes e rápidos deslocamentos em decorrência de uma manifestação de ameaça de conflito com o objeto. Há a substituição de um objeto por outro sem haver, contudo, a afirmação de uma distinção afetiva daquele que o precedeu. Este mecanismo presente no estado de vigília destes pacientes é similar aquele das atividades oníricas.

Segundo Kreisler (1977/1978), os fenômenos patológicos originam-se na primeira infância, logo nos primeiros meses de vida do bebê, tanto no âmbito físico quanto psicológico, referindo-se, assim, ao encontro do imunológico e psíquico esculpindo a personalidade do sujeito. O autor considera que a asma permite aos pesquisadores apreender ao vivo a continuidade de sua expressão desde a infância primordial, contribuindo para melhor avançar no conhecimento da sua implicação nos laços de parentesco e em determinadas identificações de estruturas psíquicas singulares da asma na idade adulta. Para Kreisler (1978/1981), a asma precoce surge como resultante de uma repressão primária mal sucedida, havendo a substituição de uma ação auto-erótica por um distúrbio funcional. Apesar de a asma vir a não surgir nos primeiros meses ou anos de vida, ela decorre desta relação primitiva onde a qualidade dos investimentos maternos “... frustraram a edificação do primeiro narcisismo” (p. 313), possibilitando um desvio dos mecanismos mentais infantis. Outro aspecto salientado pelo autor é a capacidade de a criança asmática mudar rapidamente de objeto, evitando, desta forma, a constituição do objeto estranho. Ele age e pensa como se o desconhecido não lhe fosse estranho, continuando a sorrir, como um bebê de três meses de vida. Kreisler (1978/1981) assinala, então, que, na criança asmática, há uma série de falhas de elaboração mental.

De acordo com o que foi citado anteriormente sobre a manifestação da asma poder estar presente na vida do sujeito desde sua infância, foi observado por Andrade (1998) que, em um fase mais elevada do desenvolvimento, observa-se nestes sujeitos, em decorrência da asma, características de personalidade como: fragilidade, imaturidade, insegurança, dependência. Ele refere-se àquelas pessoas cuja condição de ser asmática lhes assegura um lugar, afastando, assim, a ameaça de não ser ninguém. Fala, portanto, de pessoas que não tiveram acesso a uma identidade madura, sendo constituídas neste modelo. Andrade acrescenta (1998) que “também por fragilidade e insegurança, os que poderiam ter-lhe permitido uma individualidade, os retiveram consigo. E assim o fizeram em nome da segurança, da proteção, de oferecer-lhes amor” (p. 22).

Observa-se, com relativa freqüência, que a pessoa asmática sustenta um lugar, na dinâmica do casal parental, de responder a algo que os complete. Pode ocupar o espaço deixado pela ausência de um irmão (morte ou afastamento), do sexo desejado que difere do dela, ou ocupar o lugar de figuras parentais ou depositários afetivos. Neste contexto, não dará as passadas por suas próprias pernas.

Andrade (1998) afirma ainda que na falta de outros recursos para lidar com as adversidades da vida, a pessoa asmática lança mão daqueles que lhes são possíveis, respondendo assim às contingências que a vida lhe impõe. Um destes acontecimentos diz respeito ao fato de o asmático, por não ter uma identidade madura, ser como o outro materno: “como o que o fez complemento por não suportar sua incompletude; e a exemplo de uma mãe que não se completa com o homem em sua diferença sexual e toma o filho como este complemento, ou do pai que por ser idoso, homossexual, dependente químico, submisso, ausente... etc., se vê presa de uma falta que se dimensiona além da natural incompletude dos demais” (p. 23).

A crise asmática infantil coloca a criança numa situação limite de total dependência, limite que lança seu corpo para dentro de um furacão, e, como este, se realiza e se presentifica por um determinado período de tempo, até cessar. Na crise a criança se sufoca. De que se trata? Pode-se pensar que há neste momento uma abertura que lhe possibilite, mesmo a custa, através do sofrimento, um canal de liberação da angústia? Uma busca de liberdade e de identidade?

Para Fain (1978/1981), a crise asmática surge diante da impotência do alérgico frente a uma situação triangular na qual estão presentes dois objetos distintos, os quais a criança não pode mais confundir. O autor aponta que, para o estabelecimento da relação alérgica, é necessário que tenha havido uma experiência de suficiente satisfação no período da relação fusional da mãe e seu bebê: “não se pode alucinar um bem-estar que não existiu” (p. 291). As primeiras manifestações alérgicas surgem, freqüentemente, no primeiro trimestre. Ela sobrevém por volta do sexto mês, período onde surge a tentativa da criança de negar a realidade através da realização alucinatória do desejo. Em relação à crise asmática, conforme Debray (1987/1988), há a necessidade de recorrer, porventura, a medicações importantes e que podem produzir uma corticodependência, sustentada pela angústia materna. A autora procura, ao se referir ao aspecto farmacodependente, mostrar a forma insidiosa de relação que pode se instalar em decorrência do uso necessário de medicamentos. Neste momento limite (crise asmática) a criança possui o olhar e atenção de seus pais dirigidos para ela. “... carinho sempre reclamado e nunca satisfeito à altura de suas necessidades” (Andrade, 1998, p. 23). O autor fala que a agressividade infantil nas crianças asmáticas passa pela preocupação constante que a

asma institui nos pais, refletindo no trabalho destes (ao terem que se ausentar do trabalho nos momentos de crise), e também retorna na criança, através dos reflexos da dor em seu próprio corpo, “... sofrimento este que é um misto de dor e satisfação, à medida que nele a criança expia sua culpa pelo que causa aos pais” (p. 24).

Também é oportuno destacar algumas considerações sobre angústia e respiração. Conforme Goldeszer e cols. (1993), há uma relação intrínseca entre respiração e angústia (estes autores compreendem a asma como algo sintomático, neurótico). Justificam que as distonias características da função respiratória, ou seja, que as variações no ritmo e as interrupções transitórias da respiração representam uma forma de as freqüentes e pequenas alterações psíquicas influírem no processo respiratório. Entendem as distonias respiratórias normais como expressões de quantidades leves de angústia, como precauções, antecipações ante uma situação inusitada e nova que se apresenta. Um sinal de angústia menos intenso que uma angústia traumática. Kreisler (1978/1981), por outro lado, chamou a atenção para a ausência de angústia, no decorrer das crises em crianças asmáticas, o que contrasta com a conduta de seus familiares, que vivenciam estes momentos como um ameaça de asfixia. No bebê é freqüente a constatação da manutenção do estado geral e de seu humor, apesar de incomodado por uma dispnéia importante, por exemplo, sendo possível vê-lo brincar sob a tenda de oxigênio. Este fenômeno acima descrito, por sua evidência, tem sido utilizado como um argumento para o diagnóstico de asma, contrariamente a outras doenças dispneizantes agudas dessa fase de vida. O autor ressalta, também, os fenômenos psíquicos que antecedem as crises. Dá a eles um caráter premonitório, como as alterações no humor em horas ou dias que antecedem as crises. Este indicador é, com freqüência, pressentido pelos pais. O jovem asmático, que normalmente comporta-se docilmente, com afabilidade, alegria e sintonia com amigos e família, passa a ter uma conduta tristonha, irritadiça, porventura agressiva, todavia, não demonstra ansiedade. Kreisler (1978/1981) escreve que muitas crianças asmáticas estão livres de toda angústia, porém, esta generalização é composta de exceções importantes. Este aspecto Fain (1981) denominou de “síndrome fóbico-asmática”. O autor associa crise alérgica à fobia, enfatizada pela ausência, freqüentemente parcial, da angústia do oitavo mês nos bebês alérgicos. Esta angústia corresponde a uma elaboração de uma angústia primária, o que justifica o surgimento de comportamentos fóbicos destes bebês serem concebidos como um mecanismo de cura. Assim se explicam, por exemplo, as situações de cura de pequenos asmáticos colocados em atendimento psicoterápico. Porém, se o psicoterapeuta não compreender o que acontece e se colocar de forma a tentar melhorar a situação, ele se torna um objeto familiar e a asma retorna. O asmático precoce sofre também de uma deficiência na realização

alucinatória do desejo, o que faz aumentar a sensibilização ao alérgenos, segundo o autor. Ele reforça ainda que, na alergia, a fixação não reside em uma zona erógena, a oral, por exemplo, e sim, “num modo de funcionamento cuja finalidade precípua é a manutenção da unificação do narcisismo e erotismo” (p. 300).

Outro ponto mencionado por Kreisler (1978/1981) é o comportamento intercrítico, referindo-se ao comportamento de bebês asmáticos. Conforme o autor, estes bebês tendem a não apresentarem a angústia do oitavo mês, manifestada, principalmente, pelo fenômeno de temor a estranhos, descrita por Spitz. Isto contrasta com a atitude habitual dos bebês, pois, segundo Fain (1978/1981), na evolução normal da criança, em torno dos oito meses, há uma angústia ao estranho que culmina na internalização da figura do estranho. A esta figura é atribuído o sentimento de anarquia interna que tem o afeto acompanhado de angústia. Contudo, frisa o autor, estes comportamentos não são características específicas dos asmáticos, também é verificado em jovens anoréxicos. Fain (1978/1981) cita o temor de estranhos, descrito por Freud (A estranheza inquietante/1919), referindo-se aquilo que anteriormente foi familiar, porém, passou a ser representante de conteúdos conflitantes e se tornou reprimido (recalcado). Esta expulsão do estranho para fora do círculo familiar conduz ao surgimento de um importante mecanismo mental, possibilitando a difusão e distinção de um objeto. Cumpre a função de evitar atribuir a um rosto, um caráter inquietante e estranho, com tendência a negar que o objeto eleito possa vir a ser, ao mesmo tempo, estranho e inquietante. Assim, segundo Kreisler (1978/1981), a frustração materna real é projetada no estranho, mantendo a possibilidade de fusão temporária com a mãe.

Ainda sobre a angústia, Debray (1987/1988) observa de suas experiências clínicas uma diferença de respostas do meio, em especial da mãe, e da criança que apresenta bronquites asmátiformes, em relação à angústia. A angústia materna é elevada, diferindo substancialmente da maneira de a criança lidar com suas manifestações somáticas, agindo com freqüente indiferença. É importante ressaltar que uma crise respiratória aguda é impressionante e pode gerar uma ansiedade na mãe, como ocorre nas verdadeiras crises de asma. A autora aponta para a labilidade da sintomatologia somática do bebê. Quanto menor, mais instável poderá ser, pois sua economia psicossomática é separada por uma linha tênue e, às vezes, imprecisa, com a psicossomática materna. Em algumas situações pode existir uma repercussão quase que imediata sobre o bebê.

A crise asmática defronta o sujeito em relação a sua própria existência, por dupla via, através de um viés existencial e somático. O ser humano parece perceber seu corpo à medida que ele lhe falta, a partir de alguma insuficiência que o leve a reconhecer que tem um corpo. No dia-a-

dia, quando não há a precipitação de uma insuficiência respiratória, ele não toma consciência da vital importância de seu aparelho pulmonar.

Para o asmático que padece de asma brônquica, alérgica ou não, nas palavras de Marracinni (2001), o ataque de asma é similar a uma forma de sufocação, expresso em uma batalha desesperada para conseguir respirar e, principalmente, expirar. Há uma retenção do gás carbônico que deveria ser expirado, havendo uma sobrecarga pulmonar, onde não há mais o recebimento do oxigênio, também necessário ao processo respiratório.

Ao pensar na doença asmática, parece necessário ter presente diversos fatores como a dinâmica familiar, o contato com agentes alérgicos, o contexto social. Ou seja, serão as condições atreladas ao desenvolvimento da doença que irão compor o quadro asmático.

Para Belót-Fourcade (1998), há uma complexidade dos fenômenos alérgicos e uma diversidade de desencadeadores. Cita as separações, decepções, lutos, sensibilidade da asma em relação ao fator idade, agravamento pré-menstrual, sua variabilidade, a evolução da doença tendo como base a evolução que lhe é dada, principalmente pelos médicos, e a presença de algumas constantes das doenças psicossomáticas fazendo parte do “complexo asmático”, e tornando a asma uma doença da civilização.

A asma, como foi referido anteriormente, poderá cessar no decorrer do desenvolvimento da criança, ou dar uma “trégua”. Andrade (1998) evidencia que isto poderá ser em decorrência de sua entrada em alguma atividade esportiva, cultural ou através do estabelecimento de novos vínculos afetivos. Isto poderá produzir mais efeito se for atrelado ao reconhecimento de um adulto que tenha como referência. Entretanto, haverá, por parte da criança, ao iniciar novas relações, uma tentativa de repetição do modelo familiar. Esta busca de reproduzir a dinâmica de vínculos estabelecidos nas novas relações é bastante comum na espécie humana, não sendo uma particularidade restrita à característica de paciente asmático. É comum os pais colocarem barreiras às novas aquisições da criança, justificadas pela limitação que acreditam que a doença impõe ou devido ao não reconhecimento do preparo de seu filho. De acordo com Andrade (1998) “estes obstáculos têm a dimensão da incapacidade destes pais em ver a criança deles se distender em busca de sua própria identidade” (p. 24). Continuando o autor escreve que, em função de suas características de personalidade, o paciente asmático institui uma forma de se relacionar que é pautada, freqüentemente, por uma exigência massiva direcionada ao outro, muitas vezes levando à exaustão. Para Andrade (1998), “esta é a forma encontrada de perpetuar uma relação onde ele visualiza sempre a chance de sua completude, de vir a ser um” (p. 26). Conforme Belót-Fourcade (1998), a

asma pode ser considerada “uma manifestação do laço com a mãe” (p. 39). De acordo com a autora, a asma participa de uma certa constituição do sujeito e de uma forma de relação estabelecida com o mundo. Parece ser possível especular que a asma é uma forma de apelo dirigido ao outro. Em relação ao meio circundante da criança asmática, Goldeszer e cols. (1993) assinalam que é recorrente um contexto familiar bastante fechado e de difícil penetração. O aspecto relacional da asma remete à questão do vínculo primordial. Assim sendo, o amor vem a ocupar “... um lugar no corpo, um lugar subtraído ao imaginário, inscrevendo uma marca na realidade. Uma verdadeira emoção encarnada” (Goldeszer e cols., 1993, p. 61).

A asma é uma enfermidade que faz sofrer intensamente a quem dela padece, colocando o sujeito em constante contato com uma insuficiência, com a morte, com a falta (de ar?), pois se sabe que a asma pode acarretar em morte. Pode-se pensar que a falta de ar está no lugar das palavras?

Andrade (1998) afirma que “pela relação da respiração com o choro, com a fala, com a vida, a crise asmática é a um só tempo uma tradução da angústia de morte – a morte de não ser um – e uma expressão de vida. Esta é a forma encontrada de acesso a uma identidade” (p. 23). A asma pode ser compreendida como a alternativa encontrada para lidar com os conflitos vivenciados como insuportáveis de serem “administrados” na esfera psíquica, sentidos como um trauma, aquilo que ultrapassa sua condição de absorção, passando então a se manifestar no soma. (passa a ser sua angústia no soma)

De acordo com Debray (1987/1988), “a sintomatologia asmática permite sublinhar novamente a complexidade do que se passa em torno do desenvolvimento psicossomático do bebê e da criança pequena, ficando evidente que nenhuma generalização poderia ser admitida” (p. 126). O primeiro ou segundo ano de vida da criança podem em decorrência dos remanejamentos ocorridos na economia psicossomática do bebê, conduzir à situações diametralmente opostas: surgimento ou instalação de uma crise asmática, ou término de sua manifestação.

6. Estudos sobre o tema da dinâmica: função materna e asma infantil

Há uma grande diversidade de pesquisas relacionadas à asma, e muitas destas, associadas a outra patologia somática ou comportamental. Dentre elas, uma grande parte é voltada à investigação da asma em adolescentes e adultos, o que difere do objetivo desta pesquisa. A maioria destes estudos é empírica, e partem de uma perspectiva cognitiva e de conceitos cognitivos de estratégia de

*coping*¹⁰. Os estudos sobre asma utilizam com frequência o método comparativo entre crianças, adolescentes e adultos com asma; crianças, adolescentes e adultos “normais” (expressão bastante utilizada nas pesquisas), associada ou não a outras patologias, como por exemplo: asma bronquial, desordem de pânico e agorafobia. Há também grande ênfase na avaliação comportamental de sujeitos (esta expressão foi amplamente encontrada em detrimento de participantes da pesquisa) e sua forma de enfrentamento desta situação, investigando, também, a capacidade de resiliência¹¹ destes sujeitos. Há também, nestes estudos, a utilização de uma diversidade de instrumentos psicológicos, tais como: Questionário de Fatores de Personalidade 16 (16 PF), Inventário de Estado de Ansiedade, o Modelo Bio-Comportamental Familiar do Vínculo (BBFM), etc. Do levantamento realizado sobre o tema, foram encontradas poucas pesquisas que utilizaram o mesmo aporte teórico que este estudo, ou seja, a psicanálise, para subsidiar a investigação sobre doenças asmáticas na infância.

A seguir, realizaremos uma apresentação de estudos investigativos mais significativos sobre o tema e seus pontos de intersecção e ou de divergência com a presente pesquisa. Cardenas e Gonzales (1999) realizaram um estudo que visava relacionar a influência da depressão materna na asma infantil. Este trabalho de pesquisa foi realizado em uma atividade grupal e interdisciplinar de atendimento a crianças asmáticas, dentro de um contexto hospitalar. A equipe que realizou a atividade era composta de psicoterapeutas e um psicanalista. Os autores supracitados partiram do conceito de asma enquanto doença, a qual foi considerada uma patologia psicossomática devido à preponderância de fatores psicogênicos na sua múltipla etiologia. Os autores em questão basearam seus ensaios de conclusão nas teorias de Pierre Marty, D.W. Winnicott, M. Mahler e I. Berenstein, entre outras. O grupo conduziu seu estudo simultaneamente com o atendimento de crianças asmáticas, que formaram a população estudada. A hipótese deste trabalho focou a influência da depressão das mães atrelada a lutos por elas não elaborados e a severidade da asma de suas crianças. A referida pesquisa possui semelhança no que se refere ao uso de aporte teórico psicanalítico e à compreensão de que a dinâmica relacional entre uma mãe e seu filho diz respeito ao desenvolvimento de manifestações psicossomáticas. Assemelha-se, também, ao presente estudo, na compreensão da asma infantil como uma desordem psicossomática.

¹⁰ Este termo é utilizado pela maioria dos pesquisadores brasileiros como enfrentamento (Koller, 2000). Aula ministrada no Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS/UNISC)

¹¹ Este termo surgiu do estudo de um psiquiatra infantil: Michall Rutter. Conceito oriundo da Física. Refere-se à plasticidade e elasticidade. Corpos colocados com força física tendem a se deformar e se remodelar (Koller, 2000). Aula ministrada no Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS/UNISC)

Foi realizada por Santacroce e Carratelli (1998) uma pesquisa que visava investigar o papel da relação pais-criança na patologia psicossomática da infância (asma bronquial). A população estudada era composta de 30 meninos e meninas italianas em idade pré-escolar (4 a 12 anos) que tinham asma bronquial severa, 30 meninos e meninas normais italianos em idade escolar (4 a 12 anos), e adultos normais, mães e pais das crianças. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, com questões abertas e fechadas, administrado aos pais destas crianças. A entrevista verificava os seguintes aspectos: a história pré-natal da criança, seu desenvolvimento psíquico e físico, o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, a psicodinâmica da família e a relação emocional do pai e da mãe com seu filho. Este trabalho difere no que diz respeito à faixa etária das crianças em questão, pois o presente estudo limita-se a investigar a função materna (eixo central da pesquisa) e a função paterna via discurso materno em mães de crianças de até dois anos de idade e que apresentam asma. Esta pesquisa é centrada na infância e adolescência e faz uso de um estudo comparativo entre doentes e não doentes de asma, divergindo então do presente trabalho, que não faz uma análise comparativa entre dois grupos. A proximidade reside no fato de os dados, para posterior análise, serem obtidos somente através de entrevistas dos pais e não por intermédio das crianças. O objeto de estudo, é, também, delimitado pelo viés psicossomático associado à asma infantil.

A psicoterapia breve serviu como campo investigativo para Muratori (1996) estudar, através de um caso clínico, o ataque de espasmo respiratório afetivo na infância precoce. O autor situa estes ataques como sendo uma doença psicossomática que aflige crianças muito jovens, em idade que varia de seis a dezoito meses. As causas que provocam estes ataques incluem: trauma físico, falta de atenção materna, rivalidade fraterna, inserção repentina na relação diádica mãe-criança, enfrentamento de novos níveis de separação-individação (desmame, volta da mãe ao trabalho e entrada da criança na creche). O autor ilustra este tema com um exemplo clínico de período curto (cinco sessões semanais) de uma paciente menina de treze meses, acompanhada por ambos os pais. Segundo o autor, a participação parental pode minimizar o papel negativo da cena parental projetiva que impede o desenvolvimento da criança e reforça a sintomatologia psicossomática. A similaridade encontrada com este estudo se situa na investigação da asma em uma criança que se encontra em fase precoce de seu desenvolvimento e que articula a influência da dinâmica parental no processo de adoecimento psicossomático infantil. Apesar de a presente pesquisa não investigar o casal parental, ela parte do princípio de que a função materna e a função paterna (que é equacionada

pela mãe, passa por uma internalização materna) fazem laço com o funcionamento psicossomático de seu filho.

Campbell (1997) realizou um estudo que tinha como âmbito a investigação da falência da díade mãe-criança. Tratava-se de um relato de estudo de caso onde, através de um caso clínico de uma mulher de cinquenta e dois anos, o autor procurou demonstrar a importância crítica do papel da mãe na elaboração e integração dos afetos, especialmente sob circunstâncias traumáticas. Campbell (1997) partiu do pressuposto de que as relações de objeto poderiam contemplar as expressões psicossomáticas. Para ele, estas relações oferecem uma ampla perspectiva que o levou a considerar o relacionamento entre a criança e seu cuidador como determinante crítico (importante) da habilidade da criança de estabelecer reguladores afetivos internos e funções elaborativas. Especificamente a qualidade da díade precoce mãe-criança foi vista determinando se a criança poderia criar um “outro” internalizado, auto-tranquilizante, para auxiliar, diferenciar e integrar a existência de afetos que a atingem (que a doença produz). Os tópicos desenvolvidos no estudo de Campbell (1997) incluem: trauma e a psique em desenvolvimento, simbolização e doença psicossomática, influência materna na elaboração psíquica dos afetos, quando o soma “comunica” no lugar do psíquico, simbolização como compensação pela díade falhada, uso do corpo para expressar o “conhecimento não-pensado”, psicanálise e o latente. O referido estudo coincide com a presente pesquisa no que alude à importância da relação primordial estabelecida entre a mãe, seu filho e seus efeitos para o desenvolvimento e estruturação somática e psíquica da criança. Também faz uso da fundamentação psicanalítica e sua articulação com as desordens psicossomáticas. Todavia, este trabalho não possui conexão com a especificidade da asma, como na atual investigação, e foca o estudo em um adulto, que possui especificidades distintas de uma criança, além de não delimitar os fenômenos psicossomáticos. Ao sustentar teoricamente seu estudo, o autor se baseia em uma intersecção entre relações de objeto e manifestações psicossomáticas. Isto diverge substancialmente do presente estudo, que parte da concepção de que os fenômenos psicossomáticos se situam no registro do auto-erotismo, aquém do narcisismo, isto é, precedendo as relações objetais. Algo que parece importante assinalar é que o trabalho de Campbell (1997) reforça o constante fluxo de contribuições que a psicossomática do adulto faz à psicossomática infantil e vice-versa.

Outro trabalho realizado diz respeito a uma pesquisa longitudinal realizada por Maestro, Muratori, Tosi e Viglione (1997), que visou estudar, em dois momentos, doenças precoces psicossomáticas e comportamentais em crianças. Foram reavaliados os resultados de vinte e uma

crianças, em idade de um a seis anos (esta foi a primeira avaliação); e em crianças de quatro a dez anos, (na presente avaliação), com doenças somáticas e/ou comportamentais, tratadas na infância precoce, de acordo com o modelo “Geneve de Terapia Breve”. A metodologia incluiu uma revisão do primeiro encontro pela análise do vídeo e protocolos da terapia breve para a avaliação da interação real e da relação fantasmática, e a reavaliação dos sujeitos, de um mínimo de dois anos a um máximo de quatro anos depois do tratamento. A metodologia incluiu um primeiro encontro gravado com a criança e seus pais, uma entrevista psiquiátrica com a criança, resultados do Questionário de Sintomas dos Pais (PSQ), Scale de R. D. Coddington para eventos de vida e “Entretien R”, de D. N. Stern foram avaliadas. A avaliação clínica dividiu os sujeitos em três grupos: sem doenças, doenças psicopatológicas brandas (leves) e doenças psicopatológicas graves. Uma correlação significativa entre o resultado da criança, a interação precoce mãe-criança, e a qualidade das projeções parentais foi feita com escores do PSQ e com a impressão geral dos pais. Segundo os autores, em 92% dos sujeitos foi observada a persistência da remissão da sintomatologia. Esta pesquisa diverge substancialmente do presente estudo no que se refere à metodologia, referencial teórico e foco investigativo. Trata-se de uma pesquisa longitudinal, que utiliza um enfoque da terapia breve e faz uso de instrumentos psicológicos de avaliação. Ela também, assim como a pesquisa citada anteriormente, não centra sua atenção na investigação da asma. O ponto de encontro com a presente pesquisa se refere à busca de uma maior compreensão da incidência de doenças psicossomáticas na tenra infância.

Grande parte das pesquisas aqui registradas centra suas investigações na relação existente entre a mãe e seu filho na tenra infância. A seguir, serão descritos três estudos que remetem a esta fase, porém com suas particularidades. Watillon-Naveau (1993) realizou um estudo ilustrado com o exemplo de uma psicoterapia mãe-filha, mostrando a forma na qual um desequilíbrio na díade mãe-criança pode ser causado por uma combinação de fatores externos, tais quais: organização intrapsíquica da mãe e uma ausência emocional do pai. Estes fatores, segundo a autora, levaram ao início de uma anorexia primária em uma menina de quatro meses. Múltiplas identificações, e, acima de tudo, a identificação projetiva da mãe tem um importante papel. Durante a psicoterapia combinada, a analista descobriu que um evento particularmente traumático e não elaborado na infância precoce da mãe também foi causa de uma anorexia primária. Os dois traumas, o passado, esquecido e o presente, criaram uma verdadeira confusão na psique da mãe. Escrevem os autores que, doenças alimentares funcionais representam um distúrbio no âmago da díade mãe-criança, e também, uma comprometida sintomatologia, a qual é, em parte, um pedido de ajuda. Pelo que foi

exposto acima, fica evidente que a investigação parte do viés psicossomático, porém, se referindo à anorexia nervosa, diferentemente do presente estudo, que se centra na investigação do laço materno atrelado à doença asmática na primeira infância. Todavia, este estudo se assemelha à presente pesquisa ao ter presente a linha tênue que separa a mãe e seu bebê em uma fase muito precoce do desenvolvimento humano, e também, ao utilizar o paradigma psicanalítico para a análise do material.

A segunda pesquisa feita por Fava-Vizziello, Zancato e Donati (1997) estuda a representação materna e o vínculo. Refere-se a uma pesquisa longitudinal de acompanhamento a 51 mulheres que se encontravam no sétimo mês de gravidez, iniciada em 1988. Estas mulheres participavam de cursos de psicoprofilaxia. A população que compunha a pesquisa era mulheres italianas adultas normais (mães), meninos e meninas italianas normais e crianças de pré-escola e idade escolar. Vinte e uma díades foram acompanhadas quando as crianças tinham quatro dias, quatro meses, doze meses e três anos de idade. As crianças foram testadas em vários pontos com o Teste Brunet-Lezine, um inventário de distúrbios psicossomáticos (Robert-Tissot e outros); uma Situação Estranha (M. D. Ainsworth et al, 1978); o Teste de Terman-Merril; através de algumas observações da interação espontânea da mãe e da criança, sendo que também foram utilizadas histórias para acessar o vínculo (R. N. Emde, 1992). As mães foram testadas em vários aspectos com a entrevista do Vínculo Adulto e a entrevista semi-estruturada MATE-R de representações maternas (G. Fava Vizziello et al., 1992). Neste estudo também foi avaliado o valor preditivo do vínculo. Há uma divergência metodológica e teórica entre este estudo e a presente pesquisa. Foi feito um estudo longitudinal e utilizou-se de instrumentos avaliativos para compor a pesquisa. Apesar de investigar a existências de fatores psicossomáticos, este não é o ponto de partida do trabalho investigativo de Vizziello, Zancato e Donati (1997), como o é na presente pesquisa. A terceira e última pesquisa discute os fatores de desenvolvimento precoces implicados nos subsequentes desenvolvimentos do bebê e da criança. O trabalho foi feito por Christodoulou e Dragonas (1998), e a orientação utilizada enfatizava tanto a interação entre os fatores constitucional e ambiental como a interação mútua entre a criança e seu ambiente. A discussão focou em fatores pré e peri-natais e psicopatologia materna afetando, principalmente, a interação precoce mãe-criança, e por sua vez, refletindo no resultado do desenvolvimento da criança. A semelhança encontrada se situa na investigação da dinâmica da díade mãe-filho e sua repercussão na criança, não encontrando ponto de articulação com a questão psicossomática.

7. Considerações Teórico-Metodológicas e Objetivos do Estudo

Como pode ser observado no levantamento de estudos sobre o tema, a investigação da função materna associada à dinâmica psicossomática da asma infantil em uma tenra infância, não foi encontrada. A pesquisa que mostrou maior similaridade com o presente estudo se refere ao trabalho realizado por Cardenas e Gonzáles (1999) procurando relacionar a influência da depressão materna à gravidade da asma encontrada em seus filhos. Esta pesquisa também foi realizada dentro de um contexto hospitalar, utilizando o paradigma psicanalítico e a compreensão da asma como uma manifestação psicossomática. Sendo assim, este trabalho e a atual pesquisa partem do princípio de que a relação primordial estabelecida na primeira infância tem um papel preponderante na vida humana, regendo o funcionamento somatopsíquico infantil.

Em relação às demais pesquisas, os pontos de concordância e divergência investigativa variavam, alternando no que diz respeito à metodologia, aportes teóricos, aspectos epistemológicos e ontológicos. Algumas encontravam pontos de intersecção com o presente estudo, ao considerarem a importância da relação precoce mãe-bebê, porém diferiam na patologia psicossomática. Outras trabalhavam pelo viés psicanalítico, mas centravam sua investigação em uma fase posterior do desenvolvimento. A maioria delas, contudo, tinha como ponto de partida a dinâmica inicial estabelecida nos primórdios do desenvolvimento humano.

A partir da literatura em psicossomática e em decorrência das interrogações procedentes de minha prática clínica, partiu este caminho investigativo. Este trabalho tem como eixo central de investigação estudar a função materna, partindo do pressuposto de que o inconsciente materno incide como um maestro na psicossomática infantil, regendo a qualidade da relação estabelecida entre a mãe e seu filho em fase tão inicial da vida humana (crianças asmáticas com até dois anos de idade). Seguindo esta perspectiva, o estudo não deixa de reconhecer a importância de outros adventos desfavoráveis na contribuição e produção do fenômeno asmático infantil, tais como: fatores sociais, ambientais, componentes alérgicos, questões hereditárias. Todavia, se torna necessário circunscrever um problema de pesquisa. Assim, a autora tomou como eixo de estudo o impacto do inconsciente materno na criança em tão tenra infância e suas possíveis intersecções com o fenômeno da asma. Para isto, baseia-se em aportes teóricos psicanalíticos, mais precisamente freudianos e lacanianos que identificam pontos de articulação do fenômeno psicossomático infantil.

O ser humano tem no aspecto relacional sua base constitutiva e assim, precisa de outro ser humano para sua sobrevivência. Este trabalho pressupõe que o sujeito está inserido em uma cultura

que pré-existe a ele, e que seu desenvolvimento alicerça-se nesta relação de dependência inicialmente estabelecida. A possibilidade que a criança tem de evoluir no decorrer de sua vida possui relação com o que é ofertado a ela pelos outros, e é nessa fase precoce do seu desenvolvimento que formará sua base somatopsíquica. Dejours (1998) escreve que a crise psicossomática ocorre na dimensão de sua relação com o outro, havendo então um impasse psíquico, que diz respeito ao sujeito que adocece, mas que também é devido ao outro. Lacan (1953/1954) refere que é necessário admitir a intersubjetividade na origem humana. E a origem da vida passa por uma fase fusional, onde se inicia a vida psíquica do bebê, escreve McDougall (1989/1996), há uma ilusão de unicidade, havendo um corpo e psiquismo para dois. O Outro primordial na vida de um bebê é a mãe ou quem exerce a função materna. Então, a maneira como a criança vivenciou seus primeiros anos de vida será significativa para sua constituição somática e psíquica. Neste trabalho, o enfoque reside na função e não na figura da mãe, apesar de reconhecer o fato de que se não foi a mãe quem maternalizou seu filho, isto terá efeitos para ele, não passará indiferente. Articula-se a isto a compreensão de que, conforme escreve Mannoni (1982/1986), as condições da mãe de maternalizar seu filho decorrerá também da maneira como esta mãe foi maternalizada.

McDougall (1989/1996) destacou com bastante propriedade que o inconsciente da mãe regerá a qualidade de sua presença e de sua maternidade e que este (o inconsciente) está atrelado a suas próprias vivências infantis.

Assim, é por meio dos ‘livros’ materno e paterno que o ser humano iniciará sua impressão, para posteriormente imprimir seu próprio ‘livro’ e poder escrever em seu próprio nome. Este ‘livro’ impresso inicialmente pelos pais sedimentará grande parte de sua organização psicossomática.

As eclosões psicossomáticas, nas palavras de McDougall (1989/1996), podem ter relação com determinadas formas de funcionamento psíquico adquiridas nos primeiros meses de desenvolvimento do bebê, e são compreendidas enquanto forma de defesa frente a vivências mortíferas (ou sentidas como tal). Uma situação difícil e angustiante para a mãe, poderá ter uma repercussão determinante na dinâmica da mãe com seu filho, assim como as condições elaborativas de ambos lidarem com estas vivências angustiantes (parte-se da compreensão de que as vivências maternas têm efeito na criança), darão a extensão do impacto em suas vidas.

Apesar de o pai ou de aquele que exerce a função paterna possuir, proporcionalmente, um espaço bem mais reduzido que a mãe, segundo Coriat (1997), ele exerce um papel singular e fundamental na estruturação psíquica, ocupando um lugar de destaque no ordenamento da estrutura

libidinal de seu filho. A função paterna, assim como a materna, na teoria psicanalítica, não possui uma colagem com o pai da realidade. Trata-se de uma função que cumpre o papel de fazer corte na relação estabelecida inicialmente entre a mãe e seu bebê, fazendo o enlace de seu filho na cultura. A importância da função paterna também opera nos fenômenos psicossomáticos onde, conforme Guir (1983/1988), a função paterna incide de forma inoperante, se apresenta como uma lei fragilizada. Uma falha aí institui o fenômeno psicossomático. Conforme Coriat (1997), a apresentação do pai ao filho passa por uma equação materna, é necessário que ela deseje apresentá-lo. Partindo desta concepção, é que o estudo do fenômeno psicossomático da asma, nesta pesquisa, é analisado através do discurso materno. Molina (1996) salienta que a função paterna necessita estar inscrita na mãe para que possa promover a ruptura.

Outro aspecto a ser salientado é a compreensão da asma infantil ser da esfera psicossomática, e desta forma, sua origem remeter aos primórdios do desenvolvimento humano. Como afirma Belót-Fourcade (1998), a asma pode ser considerada uma manifestação com o laço materno.

A presente pesquisa se propõe a buscar luz na articulação entre função materna e asma infantil, e para isto, a pergunta que se coloca é: qual a dinâmica psicossomática estabelecida na primeira infância no que diz respeito à asma infantil?

Esta questão é pautada no presente estudo pela importância central que exerce o inconsciente materno. A partir daí o estudo se desmembrará em: o impacto de vivências maternas angustiantes na vida relacional da dupla mãe e bebê e o lugar do pai no discurso materno, ou seja, como este pai é visto pela mãe, tanto no que diz respeito a sua função paterna como enquanto objeto investido libidinalmente. Parte-se então do reconhecimento de que ambos aspectos estão sujeitos a produzirem sentido na estrutura da maternagem e se articulam ao fenômeno psicossomático.

Para percorrer este caminho investigativo a pesquisadora lançou mão de questões que nortearam a trajetória das entrevistas: quais as expectativas e fantasias maternas referentes ao bebê imaginário? Como ocorre a comunicação entre mãe e filho? No que se refere a ritmos biológicos da criança, qual a dinâmica estabelecida? Qual o lugar do pai no discurso materno? Qual a representação da mãe sobre a asma de seu filho? Em qual rotina diária a criança está inserida? Quais as recordações maternas referentes a sua infância precoce?

Todavia, no decorrer na pesquisa e fruto dos efeitos deste trabalho na pesquisadora, achou-se mais produtivo que, ao mesmo tempo em que se mantivessem as questões norteadoras nas entrevistas (as entrevistas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas já se estavam em

andamento), pudesse olhar para o material coletado de uma forma diferente daquela pensada em um primeiro momento do projeto. Decidiu-se, então, reunir e organizar o material de uma forma, que somente *a posteriori* foi possível estabelecer. Assim, o conteúdo das entrevistas foi disposto nos seguintes tópicos: condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe, lugar do pai no discurso materno, situações identificadas como angustiantes maternos, recordações maternas frente a sua infância precoce, outros aspectos da dinâmica entre a mãe e criança e percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial.

A relevância deste estudo se baseia na necessidade de maiores investigações relacionadas a fases precoces do desenvolvimento humano e no fato de não haver encontrado relatos semelhantes ao presente estudo junto ao material pesquisado.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Participantes

Participaram do presente estudo cinco mães de crianças asmáticas com idades de até dois anos. Foram realizadas no total duas entrevistas com cada participante. Cabe ressaltar que os verdadeiros nomes das mães entrevistadas, bem como de seus familiares, foram substituídos por nomes fictícios, com o intuito de preservar suas identidades.

Os casos foram organizados da seguinte forma:

O caso 1 se refere a Andressa, mãe de Diogo, que se encontrava com um ano e três meses na época das entrevistas. Andressa é casada Altair e tem outra filha, primogênita, chamada Taís, com quase oito anos. A entrevistada era dona de casa e havia retornado aos estudos, estava fazendo supletivo. Junto com eles residia sua irmã que cuidava de seu filho na sua ausência.

O caso 2 diz respeito à Catarina, mãe de um menino que tem asma, o Edson, e que tinha seis meses de idade quando ocorreram as entrevistas. Catarina também é casada, com Ramiro, e tem mais filhos, uma menina e outro menino. Seu primogênito também teve asma quando bebê. Catarina trabalhava como auxiliar de cozinha em um restaurante e seu marido desempenha a função de auxiliar de depósito.

O caso 3 é o de Mariana, mãe de Gustavo, asmático, e que contava com oito meses na época da pesquisa. Sua filha primogênita, assim como Mariana, também tem asma. Seu companheiro, Leonardo, tem asma, todavia, a manifestação mais evidente é rinite alérgica. Seus dois filhos também têm rinite alérgica. Mariana trabalha como babá, sendo que sua mãe é quem ficava com as crianças quando elas não estavam na creche.

O caso 4 se refere a Ana Maria, mãe de Márcia, uma menina com asma que se encontrava com um ano e três meses no período das entrevistas. Ana Maria é casada com Mariano, e tem outra filha, Mariane. Ana Maria era dona de casa e passava a maior parte do tempo com suas filhas. Seu marido era cobrador em empresa de transporte coletivo.

Fabiana foi a participante entrevistada que compôs o caso 5. Ela tem um menino com asma, o Heitor, ele tinha dez meses na época das entrevistas. É casada com Nestor e Heitor era filho único. Residia com eles o irmão menor de Fabiana, sendo que, no período, ela não estava trabalhando.

2.2. Delineamento e Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa empreendida através de Estudo de Caso Coletivo (Stake, 1994) sobre a função materna e suas articulações com os fenômenos psicossomáticos relativos à doença asmática infantil. Esta investigação foi feita analisando os casos separadamente, identificando as singularidades presentes em cada um, bem como os pontos de intersecção, ou seja, os aspectos comuns identificados na análise dos casos.

Citando D'Allonnes (1989), o estudo de casos visa, a partir dos elementos coletados em uma ou mais histórias de vida, extrair para além dos sentidos de cada uma delas. Busca identificar os processos e suas variações, que estão em ação em diferentes pessoas ou categorias de pessoas, colocadas em situações particulares.

2.2.1. Aspectos relacionados à Seleção dos Participantes

Os participantes deste estudo são oriundos da clientela do setor de asma infantil do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/HMIPV. O referido setor atendia as crianças e adolescentes asmáticos nos turnos da tarde, sendo que as crianças pequenas eram atendidas nas tardes de quartas-feiras, sendo denominadas de “lactentes sibilantes”. No dia em que a pesquisadora fazia a coleta dos dados, o serviço estava sob a coordenação de um pneumologista infantil, o qual foi receptivo a presente pesquisa, acolhendo-a. Este serviço também tinha como proposta a realização de reuniões com os pais das crianças asmáticas, com o intuito de informar-lhes sobre a doença: seu significado, causas, tipos de asma (leve, moderada e grave), prevenção e orientação quanto aos medicamentos utilizados, etc. A participação do pais na reunião que se realizava entre a primeira e segunda consultas era condição *sinequanon* para a continuidade do tratamento.

O HMIPV é uma instituição hospitalar com histórico de instituição pública federal que se encontra em transição para a municipalidade, através da proposta de descentralização dos serviços de saúde. Esta instituição participava, na época, do projeto da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

denominado “Porto Alegre Respira Aliviada”. O referido projeto integrava o “Programa de atendimento à criança e ao adolescente asmático”, da Secretaria Municipal de Saúde.

O encaminhamento dos participantes da pesquisa foi feito pela equipe, basicamente pelo responsável do Serviço de Atendimento à Criança Asmática desta instituição, um pneumologista infantil, supracitado. O encaminhamento foi norteado por critérios que respaldam o diagnóstico de asma em tenra infância, ou seja, todas as mães encaminhadas eram aquelas que tinham filhos que já haviam respondido ao tratamento (evolução clínica favorável), com histórico de asma em familiares próximos e sem evidências de outros diagnósticos para os sintomas apresentados por seus filhos.

A seleção dos casos seguiu o critério de realização de duas entrevistas com as participantes. Outro ponto seguido, que diz respeito ao critério para posterior análise, é que o material coletado deveria estar em condições favoráveis a posterior transcrição.

No decorrer da pesquisa, houve mães que não dispunham de tempo para a realização dos dois encontros. Algumas realizaram a primeira entrevista, mas não compareceram ao segundo encontro. Houve somente uma mãe que não mostrou interesse em participar, e que pareceu a pesquisadora que, ao informá-la sobre sua profissão, ela então manifestou desgosto. Posteriormente a pesquisadora soube que esta mãe já havia perdido a guarda de seu filho por desleixo e que após um ano a guarda havia sido retomada.

2.2.2. Aspectos relacionados à Coleta de Dados

A coleta de material para a pesquisa ocorreu no Serviço de Atendimento à Criança Asmática, do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), com exceção de um dos casos (Mariana), que teve a segunda entrevista realizada em seu local de trabalho, em ambiente reservado. A pesquisadora contou com a ajuda de uma colaboradora que ficava com as crianças e acompanhante (caso houvesse) em uma sala ao lado, enquanto estavam sendo realizadas as entrevistas. Nesta sala a colaboradora dispunha de brinquedos, lápis de cera, papéis, etc. Esta cooperação, no entendimento da pesquisadora, foi fundamental para o andamento das entrevistas, possibilitando maior liberdade de expressão às mães. Um dado observado, é que as mães, na maioria das vezes, acreditavam que seus filhos não ficariam com a colaboradora enquanto elas realizavam a entrevista. O que se evidenciou foi o contrário, somente uma criança não concordou em ficar longe de sua mãe. No decorrer da entrevista com esta mãe, a pesquisadora compreendeu o

porquê de sua negativa. Não havia se estabelecido na dinâmica desta díade sequer o distanciamento corporal, a criança que estava com um ano e três meses punha em sua boca o seio materno de tempo em tempo, sem haver limite que fizesse borda ao corpo de uma e de outra.

A participação iniciou com o fornecimento de informações necessárias e pertinentes ao trabalho de pesquisa, procurando clarear aos participantes que sua inclusão neste estudo e o atendimento recebido pelos seus filhos na instituição não estavam atrelados. Após procurar dirimir as dúvidas surgidas, informar sobre as duas entrevistas necessárias ao estudo, a pesquisadora deu seqüência, lendo junto com a participante o **Consentimento Informado**, o qual era assinado após sua concordância em participar da presente pesquisa. Posteriormente iniciava-se a entrevista que era realizada, preferencialmente, somente com a mãe (conforme explicado anteriormente). Estas entrevistas foram gravadas com posterior transcrição realizada pela pesquisadora e estudantes do curso de Psicologia da UFRGS. As entrevistas foram analisadas após revisão feita pela pesquisadora.

2.3. Instrumentos e Material

2.3.1. Observações

Foram feitas observações do funcionamento do setor, referentes ao atendimento reservado a crianças pequenas. Há um dia específico destinado a atendê-las. Estas observações tinham como objetivo uma maior integração e ambientação com a equipe que trabalhava no local de coleta da pesquisa.

2.3.2. Consentimento Informado

O Consentimento Informado contém informações sucintas referentes à pesquisa no que diz respeito a objetivos, possibilidade de desistência na participação do estudo, telefone do pesquisador orientador e do Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV. O documento foi assinado em duas vias pelas mães participantes da pesquisa, sendo que uma via ficou com as participantes e a outra permaneceu com a pesquisadora. Também foi fornecido às participantes o telefone da pesquisadora para eventual contato. (Anexo A)

2.3.3. Entrevistas Preliminares sobre Maternidade e Asma Infantil

O instrumento metodológico utilizado neste estudo resulta do método psicanalítico (Anexo B e Anexo C). As entrevistas, no presente trabalho, foram tomadas como entrevistas preliminares e como similares aquelas realizadas com pacientes psicossomáticos. A justificativa do uso deste instrumento é baseada no que Silva (1993) escreve sobre a pesquisa psicanalítica: refere-se que a transposição das condições de investigação do campo psicanalítico, do consultório para o campo de pesquisa sofre arranjos adequados conforme a fonte de material em estudo. Poderá variar em entrevista, sessão psicanalítica, obra de arte, teste projetivo, livro, instituições sociais, etc., segundo o campo de experiência humana em que a atenção está focalizada. Neste estudo, o emprego de entrevistas serviu como eixo investigativo, sendo entrevistas dirigidas às mães de crianças com asma, e não aos seus filhos. Cada entrevista foi composta de tópicos que balizaram a investigação: comunicação estabelecida entre mãe e filho, expectativas maternas referentes à criança, a forma que se apresenta o lugar do pai no discurso da mãe, ritmos biológicos da criança, representação da mãe em relação à doença de seu filho, vivência infantil materna. As entrevistas foram abertas, porém, pautadas por questões prévias que, muitas vezes, quando não surgidas espontaneamente, foram formuladas ao participante. Também se procurou preservar o fluxo associativo, por reconhecer a riqueza que se desvela a partir da cadeia associativa.

2.4. Análise dos dados

Conforme alusão anterior, a questão central que norteou o trabalho foi a interrogação sobre a dinâmica que se estabelece na primeira infância entre mãe e filho(a) asmático(a). O trabalho foi circunscrito a cinco estudos de casos, com duas entrevistas cada.

Os casos foram analisados separadamente, considerando, na configuração triangular, o fenômeno ‘psicoasmático’ infantil, bem como a forma de operar das funções materna e paterna. Posteriormente os casos foram analisados em seu conjunto, evidenciando os aspectos comuns dos casos estudados. Os elementos articuladores presentes na cadeia discursiva materna subsidiaram as referidas formas de análise. As entrevistas foram analisadas a partir da teoria psicanalítica, compreendendo que o sujeito se revela através de sua cadeia discursiva. Partiu-se, então, do princípio de que “o inconsciente é estruturado como linguagem”.

A proposta deste trabalho foi também oferecer, a partir do campo conceitual psicanalítico, um espaço para estas mães pudessem pensar sobre a doença asmática de seus filhos e suas possíveis articulações. Desta forma, como não poderia ser diferente, há um aspecto fundamental a ser destacado, trata-se da transferência. A transferência diz respeito a um vínculo forte e intenso que se instaura entre o analista e o paciente e que se apresenta de forma automática e atual, sem compromisso com a realidade. A transferência é paradoxal, pois ao mesmo tempo em que faculta à fala do paciente, é propulsora da resistência ao tratamento analítico, ou seja, é sede das resistências. A dimensão transferencial também sustenta a pressuposição de um saber no analista, o que fomenta a condução do tratamento.

Sobre a dinâmica transferencial Freud (1912/1972) escreve que cada pessoa constrói uma determinada forma de encaminhar-se em sua vida erótica, por meio da integração de sua disposição inata e de influências oriundas de seus primeiros anos de vida. A maneira de se conduzir na vida erótica será singular a cada ser humano, de acordo com suas pré-condições de enamoramento, nas pulsões satisfeitas e nos diferentes destinos pulsionais. De acordo com o autor, produz-se então um “clichê estereotípico” (p.133) que irá se repetir na vida do indivíduo. Parte dos impulsos libidinais é dirigida para a realidade e, portanto, é consciente. Todavia, outra parte destes impulsos seguiram outra rota, mantendo-se afastados da consciência e da realidade, e/ou foram impedidos de se expandir posteriormente (salvo a fantasia), ou estes impulsos mantiveram-se inconscientes. O referido autor escreve, que se a catexia libidinal do sujeito estiver parcialmente insatisfeita, o sujeito incluirá a figura do analista em uma das séries psíquicas por ele já formadas. Em outras palavras, ele irá recorrer aos clichês estereotipados pré-determinados. As peculiaridades da transferência, que não são compreensíveis pela sensatez e racionalidade, fazem sentido se partimos do pressuposto de a transferência ser estabelecida por idéias conscientes e inconscientes do sujeito. O autor segue dizendo que todas as formas relacionais remetem, de uma forma ou outra, a desejos sexuais. Estes podem não ser reconhecidos pela nossa autopercepção consciente enquanto tais, devido à suavização de seus efeitos. Em outras palavras, o objetivo sexual sofre sublimação.

Sabe-se que o fenômeno transferencial é presente também fora do contexto de análise, é ubíquo nas relações humanas: amorosas, de trabalho, hierárquicas, etc. Sendo assim, a transferência faz parte na dinâmica estabelecida nas entrevistas realizadas com as participantes da pesquisa.

Meyer (1993) aponta que o método psicanalítico, ao mesmo tempo em que se refere à transferência, opera nela. Cabe também ressaltar que o presente estudo prima por tomar os casos na sua singularidade, promovendo nas entrevistadas uma retomada de suas histórias. Isto vai o

encontro do que escreve Lacan (1953-1954/1986), ao considerar que a essência peculiar da análise reside na reintegração que o analisando faz de sua história. O autor destaca também a importância do singular. A história não é passado, escreve o autor, e sim, é tomada enquanto “passado na medida em que é historiado no presente” (p. 21). Todavia, a tônica de o sujeito em análise é mais para a reconstrução de seu passado, do que para a revivescência do mesmo. Isto é o essencial do tratamento analítico. De acordo com Rezende (1993), investigar a partir do campo conceitual psicanalítico é interpretar a polissemia, a diversidade de significações das situações observadas. Para o autor, a interpretação se faz premente quando existir a pluralidade de sentido, quando houver entendimento diferente entre as pessoas, e sempre que a experiência da verdade só se puder fazer mediante a concordância de idéias.

Na presente pesquisa pressupõe-se que as entrevistadas lançarão mão de seus “clichês estereotípicos” na interação com a pesquisadora e que estes são passíveis de representação na complexa estrutura da linguagem. Há, portanto, o reconhecimento na presente pesquisa, do atravessamento dos inconscientes das entrevistadas e entrevistadora. Tal como discorre Mezan (1993), ao falar que aquilo que legitima a produção acadêmica psicanalítica é o fato de ser um campo penetrado pelo seu próprio objeto de estudo, o inconsciente, personificado naquele que pensa e escreve, o pesquisador.

As entrevistas, no presente estudo, foram detalhadas a partir dos pontos da história considerados mais ricos e contemplando a maioria dos itens nela discriminados. Sendo assim, os casos estudados serão, em um primeiro momento, apresentados separadamente. Posteriormente foram organizados de forma conjunta, sempre pautada pelos tópicos norteadores: condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe, lugar do pai no discurso materno, situações identificadas como angustiantes maternos, recordações maternas frente a sua infância precoce, outros aspectos da dinâmica entre a mãe e criança e percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial. Nas considerações finais procurou-se apresentar de forma concisa as reflexões sobre a dinâmica psicossomática estabelecida na primeira infância no que diz respeito à asma infantil.

Os dados deste estudo serão apresentados de forma descritiva, destacando em *itálico* e entre aspas as falas das entrevistadas. O presente trabalho optou por, muitas vezes, manter as falas literais de forma ampla, o que porventura pode tornar a leitura um pouco extensa. Todavia, foi uma opção da pesquisadora com o intuito zelar pela fidedignidade destes discursos. Os destaques feitos pela pesquisadora serão identificados com aspas simples (‘...’).

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS CASOS

3.1. Aspectos singulares dos casos estudados

3.1.1. Caso 1: Andressa

3.1.1.1. Síntese do Caso

Andressa é mãe de Diogo, que se encontrava com um ano e três meses na época da realização das entrevistas. Além de Diogo, tem outra filha chamada Taís, que contava com sete anos de idade, quase oito anos, segundo a mãe.

Diogo é um menino que nasceu prematuro, de parto normal, entre sete e oito meses de gestação. Para Andressa, a antecipação do nascimento foi em decorrência de um tombo que levou. Ao nascer, segundo o médico, ele tinha problema no pulmão direito e conforme o que ouviu da enfermeira, este pulmão era menor e em até um ano e meio deveria voltar ao normal. Andressa diz que nunca soube detalhadamente do que se tratava. Diogo também apresentou outro problema de saúde, que segundo a mãe, dizia respeito a uma hemorragia no cérebro, que, se diluiu e “*melhorou*”, transformando-se em um líquido. Fez tratamento para evitar que resultasse em complicações: crescesse a cabeça ou necessitasse recorrer a uma intervenção cirúrgica. Até o período da entrevista, esta situação permanecia uma incógnita, pois ele havia feito uma tomografia e uma ecografia cerebral e Andressa ainda não havia levado os exames para um neurologista ver. Também teve sopro no coração, que, de acordo com a mãe, é em decorrência da transferência de hospital que precisou ser realizada, pois, devido a sua prematuridade teve que ser transferido até o hospital de Porto Alegre porque em Canoas não havia recursos. Diogo também apresentou um quadro de infecção hospitalar no período em que esteve internado, logo ao nascer. Correu risco de vida, mas conseguiu sobreviver. Encontrava-se com menos de um mês de vida neste momento.

A asma de Diogo se manifestou pela primeira vez quando tinha dois meses de vida, e, conforme Andressa, com três paradas respiratórias. Achou que seu filho havia morrido em seus braços. Levou-o ao hospital, e este episódio resultou em uma internação de três dias. Somente após este fato soube que seu filho tinha asma, mas na época não acreditou, dizia que seu filho era prematuro: “*os médicos começaram a cuidar e a tratar, no caso, como se ele tivesse asma*”. Refere

não ter certeza de que se trata realmente de asma, para ela pode ser uma “*gripe mal curada*” e tem esperança de ouvir do médico de que se trata de uma bronquite ou de um problema de pulmão, acreditando que irá melhor. Entretanto, bronquite e asma são a mesma doença. Soma-se a isto o fato de o médico lhe informar que até os dois anos de idade é difícil fazer o diagnóstico de asma em crianças menores de dois anos de idade. Afirma que somente quando ele tinha oito meses é que soube que era asma, ao registraram no papel o diagnóstico.

Andressa também tem asma, mas para ela trata-se de bronquite asmática, apesar de já ter escutado em uma reunião realizada no HMIPV que informa aos pais sobre a doença, que asma e bronquite são a mesma coisa. Reluta em acreditar que sua doença seja asma, apesar de usar medicamento para situações de falta de ar (bombinha – Aerolin). Seu pai também tem problema respiratório.

As crises de asma de Diogo são frequentes, porém teve um período de três meses, no verão, em que não teve nenhuma crise. É a Andressa quem cabe a responsabilidade dos cuidados de Diogo. Em relação à asma de Diogo, o pai tem o papel de assinalar o que Andressa tem que fazer para que o filho encontre um ambiente mais saudável: limpeza do ambiente, contato com alérgenos.

No que se refere às expectativas do nascimento de Diogo, a mãe diz que a gravidez foi um acidente (troca de anticoncepcional), que não desejava ter outro filho. Já o pai tinha verbalizado o interesse de terem outro filho. Tanto o pai quanto à mãe acreditavam que desta gestação nasceria uma filha. Ficaram surpresos com o nascimento de um menino, o que, segundo ela, foi para todos uma boa surpresa. Nas suas gestações sempre se sentiu feia, horrível. Não reconhece beleza em uma gestante.

Diogo foi uma criança que, apesar de ter iniciado com mamadeira antes do peito materno, não teve dificuldade de passar para a alimentação no seio materno. Teve que alternar entre mamadeira e peito, pois a mamadeira continha o(s) remédio(s) prescritos pelo médico.

Andressa relata que foi abandonada pela mãe quando tinha 22 dias de idade e que só soube o que é ser mãe quando se tornou mãe pela primeira vez: “*depois que eu tive a minha filha*”.

Andressa comenta que seu filho tem um sono bastante agitado, bate a cabeça, grita, briga dormindo. Ele tomava remédio que ajudava no sono, era um remédio para azia, porque, segundo Andressa, os médicos informaram que poderia estar querendo nascer no estômago de Diogo uma ferida, quando se alimentava com “*porcaria*”, batia e voltava. Também teve refluxo, que não foi confirmado em exame, mas que foi diagnosticado pelo médico que o tratava na época.

Diogo, para a mãe, é uma criança bastante arteira, com bastante energia para gastar. Diz que “*tudo o que tu imaginar que criança não faz, ele faz*”. Acrescenta que ele andava bastante irritado, como “*gente grande*”. Comenta que desde pequeno sempre conversou muito com ele.

Atualmente Andressa está retomando os estudos através do supletivo. Sendo assim, está se ausentando diariamente de casa para fazer as provas ou ter aula de reforço. Chega a fazer duas provas por dia. Desta forma, sua irmã, que está residindo com eles há aproximadamente um ano é quem fica durante a maior parte do dia com Diogo. Ao retornar para casa é Andressa quem passa a cuidá-lo.

Para Andressa, seu marido é um péssimo pai, não dedica seu tempo aos filhos. Também é uma pessoa muito morosa, tende a postergar e protelar as coisas. O relacionamento deles enquanto casal está, segundo sua ótica, falido. Diz que mantém este relacionamento “*porque eu não tenho vergonha na cara, digamos assim (sorri)*” e afirma, de forma enfática, que não gosta mais de seu marido, seu sentimento amoroso em relação a ele “*foi se apagando*”. Conta que se decepcionou com ele, que no dia-a-dia deles “*ele não era aquilo ali que eu esperava*”.

3.1.1.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

Apesar deste ponto estar direcionado mais especificamente ao surgimento da asma em Diogo, acho necessário circunscrever também as outras manifestações somáticas que ajudam a compor seu quadro psicossomático.

Diogo foi um bebê que nasceu com uma série de complicações: nasceu prematuro, com problemas de pulmão (pulmão direito menor), necessitando fazer uso de aspirador nos seus primeiros 20 dias de vida, “*não conseguia respirar sozinho*”. Também nasceu com uma hemorragia no cérebro que, segundo a mãe, se dissolveu, transformando-se em líquido. Esta hemorragia deveria ser observada para ver se sua cabeça não cresceria, havendo a possibilidade de vir a fazer uma cirurgia. Em decorrência desta situação, o médico que o atendia havia falado que ele corria o risco de sofrer uma convulsão, bem como de ficar com alguma seqüela, podendo não falar, andar ou ouvir. A possibilidade de ele poder ter uma convulsão refletia, segundo Andressa, na forma que o tratavam, evitando que ele passasse por qualquer situação de desprazer. Ficavam atentos e ao mínimo sinal de que Diogo iria chorar eles prontamente se apresentavam a ele no intuito de evitar que ele tivesse uma crise de asma, pois poderia acarretar em uma convulsão. A mãe não relatou nenhuma situação de convulsão. Outro aspecto de sua saúde que se encontrava debilitado, de acordo com os médicos, era

uma azia, o que fez com que o médico lhe prescrevesse um medicamento para aliviá-la, e este tinha reflexo no sono de Diogo. O remédio, conforme a mãe, o ajudava a ter um sono um pouco mais tranqüilo. Na época da entrevista o medicamento havia sido suspenso fazia dois, três meses, numa tentativa de investigar se era possível ficar sem a medicação. A azia, segundo Andressa, era decorrente de um refluxo que não havia sido diagnosticado no exame realizado, mas que tinha tido a confirmação do médico que falou que se tratava “*de um refluxo diferente, que naquele exame ali não ia mostrar*”. Este refluxo iniciou a partir de três meses de idade, quando começou a vomitar pelo nariz.

A presença de uma diversidade de manifestações somáticas no Diogo reflete diretamente na dinâmica estabelecida entre ele e sua mãe desde sua tenra infância. O fato de nascer prematuramente o coloca em uma situação de maior carência de recursos próprios no que diz respeito à saúde de seu substrato biológico, a sua saúde corporal. Sabe-se que a prematuração é uma marca no desenvolvimento do ser humano. A dependência está na origem humana, tal qual afirma Lacan (1953-1954/1986). E, nestas circunstâncias, há uma maior dependência, conseqüentemente um maior assujeitamento ao Outro, que na situação de Diogo não é determinada somente pelo Outro materno, e sim, requer uma assistência que se estende além do âmbito materno (internação hospitalar).

Outro aspecto importante de ser salientado é no que diz respeito ao refluxo de Diogo, que o coloca em uma relação escópica com a mãe, sendo necessário que o olhar materno seja constantemente focado no filho, com vistas a um possível refluxo. Há uma proximidade com o tema da morte, visto que corre perigo de vir a se sufocar, se asfixiar. A manifestação do refluxo surgiu após ele já ter passado por duas circunstâncias que o colocaram de ‘cara com a morte’. Uma delas foi em seu período de internação na UTI, após seu nascimento quando teve uma infecção que o colocou em risco de vida, e posteriormente em sua primeira crise asmática. Estas vivências não são sem efeitos para Diogo. Conforme Rocha (1998), este corpo prematuro, inacabado no que diz respeito a sua autonomia, levará as marcas de seu desenvolvimento inicial. Todos os aspectos supracitados já evidenciam em que base foi estabelecida a interação entre Andressa e seu filho.

A representação que Andressa faz da asma de seu filho é bastante indefinida, pois oscila quanto ao reconhecimento da manifestação asmática. Afirmo que só foi saber mesmo que ele tinha asma cinco meses antes do período da entrevista com a pesquisadora, quando a médica diagnosticou por escrito a doença. Já havia ouvido dos médicos, enfermeiras, do vizinho, que seu filho tinha asma, mas parece que as palavras não foram ouvidas. Não houve registro. Somente quando “*eu fui saber mesmo que era asma faz uns cinco meses, mais ou menos, que aí o doutor lá no Conceição me falou*

assim, que era asma. Nem falou pra mim, ela colocou no papel". Disse que o médico havia falado que para ter certeza se é realmente asma só após dois anos de idade, "*eu até não considero asmático*". Ela parece ter se apegado a esta informação. Comenta que talvez seja uma gripe mal curada, "*eu espero que não seja asma*".

Em relação ao próprio diagnóstico de asma é difícil para ela reconhecer, pois ao ouvir o médico afirmar que ela tinha asma, comentou "*eu, nem eu sei se tenho asma, eu tenho bronquite, bronquite eu sei que eu tenho, que eu fui ao médico, me tratava. Eu usava aerolin (remédio), me dava falta de ar*", "*mas eu nunca disse que eu tenho asma, que eu sou asmática, eu nunca disse*". Assim, Andressa evita reconhecer a doença asmática tanto nela quanto em seu filho, e conforme afirma Lerude (1998), esta é a vertente natural do amor materno, desejar que seu filho não sofra lá onde ela sofreu.

Kreisler (1977/1978) afirma que a asma é freqüentemente alérgica e, sendo assim, remete a uma pré-disposição hereditária. Acredito que é possível pensarmos que, em uma organização psicossomática, além desta pré-disposição hereditária, há a pertinência de uma falha em uma 'pré-disposição simbólica'. Em outras palavras, o bebê nasce dentro de uma determinada configuração familiar e fantasmática. E neste ambiente familiar poderá, junto com as precárias potencialidades do bebê (primeiro momento são automatismos reflexos, ou seja, reações vitais e primitivas do ser humano) formar-se, ou não, um terreno fértil para que a semente germine, para que o fenômeno psicossomático se instale e passe a reger a dinâmica familiar.

Nesta ótica, é condição *sinequanon* considerarmos a importância do inconsciente materno, em decorrência de a personalidade imunológica dos seres humanos se constituir nos primeiros anos de vida. Sendo assim, pode se pensar que é possível reconhecer os efeitos (inconscientes maternos) na linhagem familiar. Se for feito um resgate da cultura da família, através de uma investigação transgeracional, isto provavelmente poderá ser identificado.

A primeira manifestação da asma em Diogo foi uma intensa crise que teve quando se encontrava de dois para três meses de idade. Sua mãe não soube reconhecer na hora do que se tratava. De acordo com ela, seu filho teve três paradas respiratórias. Ela estava em casa com seu marido e este observou e comentou que o Diogo estava muito quieto, que não estava mais respirando. Ela foi olhar e mexeu nele e disse "*não, ele está bem*", largou-o e novamente seu marido insistiu que ele não estava bem, então ela o sacudiu e ele voltou. Na terceira, vez Andressa pediu ao marido que conseguisse alguém que os conduzisse até o hospital. Diogo ficou com os lábios arroxeados, com o corpo mole "*como se ele estivesse morrendo mesmo*" e falou: "*olha, ele tá*

morrendo". O vizinho apareceu neste momento e procurou tranquilizá-la, afirmando que se tratava de uma crise asmática, e atendeu seu filho, fazendo respiração em sua boca, fazendo com que Diogo reagisse. A partir de então foi levado ao hospital, onde ficou internado durante três dias. Deste período em diante, *"os médicos começaram a tratar e a cuidar no caso como se ele tivesse asma"*.

Esta primeira situação de crise teve um impacto muito grande em Andressa, ficando desesperada, *"pra mim, ele tava morrendo no meu colo"*. Fala que já não olhou mais, *"eu disse, ele tá morrendo e não olhei mais pra ele, eu só fiquei com ele assim, ó (mostra)"*. Disse para seu vizinho *"pega porque ele, ele tá morto"*, *"pega porque ele morreu"*. Acrescenta que entrou em pânico e *"porque se dependesse de mim, se não entrasse o Marcelo não tivesse entrado na hora, talvez tivesse morrido no meu colo mesmo porque eu não sabia o que era... nunca me passou pela idéia que um dia um filho meu ia ter aquilo ali"*. Em decorrência disto, diz que atualmente indaga tudo ao médico, e procura aprender tudo sobre a doença de Diogo. Nesta situação de iminência de morte de seu filho, Andressa não conseguiu ser continente para com seu filho, não conseguiu reconhecer, decifrar o que se passava com ele. Assim, não se colocou de forma empática no lugar de Diogo, o que, de acordo com Winnicott (1987/1988), leva a pensar que Diogo não encontrou no ambiente materno um porto seguro para conter sua crise asmática. Aryan (1993) também escreve que a mãe é quem deve assinalar na tenra infância as causas de padecimento de seu filho. É a capacidade materna ou do cuidador de se identificar com o bebê que fornece a "continuidade de existência", segundo Mannoni (1982/1986), que ele necessita nesta fase temprana de sua vida. Diante do acontecido, Andressa atualmente ainda sente medo diante de uma possível repetição da crise. A forma que encontrou para 'ajudá-la' no reconhecimento dos sinais emitidos por Diogo, foi procurar saber mais a respeito de sua doença, porém, sabe-se que a função materna não opera por via cognitiva.

O fato de Andressa ter dificuldades em decodificar, em ser o espelho pra seu filho, o coloca em uma situação bastante crítica. Em várias situações isto acontece, criando um imenso obstáculo para o estabelecimento do psiquismo de Diogo. Como veremos adiante, assim, ele reivindica um lugar a partir do corpo, ele a convoca a olhar para seu sintoma: provocar vômitos (será mais detalhado no item "Outros aspectos da dinâmica entre Andressa e Diogo"). A patologia orgânica coloca a dimensão da morte nesta dinâmica, fazendo com a que a mãe fique a postos, de sobreaviso. Desta forma a convoca a partir do corpo por não conseguir dar a sustentação simbólica necessária. Há uma potencialização do real.

Andressa afirma que, até hoje, tem medo que alguma coisa possa lhe acontecer, e, apesar de não explicitar seu medo, este medo associa-se à possibilidade de que ele venha a morrer. Dolto

(1982/1984) escreve que há uma angústia na qual nenhum ser humano possui escudo protetor, trata-se, sobretudo, da angústia da morte daqueles que lhes são caros. Tendo a concordar com este olhar sobre a angústia, pois a morte do próprio sujeito como afirma a autora, se apresenta somente a ele em nível de fantasia, porque ao morrermos nós o faremos para os outros, não para nós mesmos.

O impacto de Andressa diante de seu ‘filho morto’ sugere um efeito traumático e uma reedição do trauma anterior onde Diogo também esteve na iminência (pelo menos a partir da avaliação médica do contexto) de morrer. Neste momento, mesmo que por alguns segundos, seu filho esteve em seus braços morto e acredito que não é possível passar por uma situação destas sem efeitos no inconsciente materno. Kreisler (1977/1978) chama a atenção para a importância das circunstâncias psicológicas na gênese das crises e agravamento da asma. Ressalta o traumatismo e diversas situações conflituais como propulsores da doença. Isto vai ao encontro deste trabalho, pois na dinâmica de Andressa a linha divisória entre ambos é bastante sutil. Este efeito traumatizante, se entendermos partindo da concepção de traumatismo em Marty (1990/1993), pode ter tido efeito desorganizador tanto para a mãe quanto ao filho, pois ultrapassou, mesmo que momentaneamente, a possibilidade de adaptação de ambos, repercutindo sobre os aparelhos mental e somático da díade.

A receptividade que a mãe oferta ao seu filho está em congruência com a maternagem que recebeu na sua infância, ou seja, de acordo com Andressa, ela, quando criança, nunca soube o que é uma mãe. Sua mãe abandonou sua casa quando Andressa contava com 22 dias de vida. Este ponto será melhor desenvolvido adiante, no tópico “Situações identificadas como angustiantes maternos”.

Os cuidados que tem em casa para evitar que seu filho tenha crise estão bastante direcionados para questões de limpeza, bichos de pelúcia, animais, que seriam, de acordo com a Andressa, os desencadeadores da crise em Diogo. Outro ponto também identificado como propulsor de crise é a mudança do tempo. As crises vêm se apresentando com manifestações de febre (às vezes sim, às vezes não), gripe, tosse e chiado no peito. Quando a crise está para surgir ela já se anuncia antes no comportamento do Diogo, é possível antever, pois seu comportamento se modifica. Kreisler (1978/1981) dá aos fenômenos psíquicos que são anteriores à crise um caráter premonitório. Frequentemente estes são percebidos pelos pais. O autor também assinala que não devemos desconsiderar as causas consideradas sociais (exposição ao frio e a alérgenos, levantar cedo). Todavia ele considera, bem como a pesquisadora, que são nas incidências individuais que se pode refletir sobre a asma infantil.

Diogo tem sucessivas crises de asma. Após sua primeira crise, quando ficou internado, ele passou a iniciar seu tratamento, mas as crises continuaram. Chegou a ficar quase quatro meses no

verão sem nenhuma crise, e foi tratado nesta época, como uma criança normal. Porém, após este período, ele teve crise durante quatro meses direto. Ficava três, quatro dias melhor e depois piorava “*e atacava de novo*”, e assim girava em torno de um ciclo de crises alternadas. A expressão utilizada ‘se atacar de asma’ é muito utilizada socialmente, levando-me a pensar no que McDougall (1989/1996) escreve sobre os fenômenos psicossomáticos, como sendo movimentos que o ser humano faz em busca de cura de si mesmo. É uma forma encontrada de salvaguardar sua vida, em uma luta ativa e desesperada para respirar, ou seja, para viver. As origens da palavra asma são obscuras, mas se ligam a raízes que têm como significados, entre outros, “lutar pelo fôlego”, aponta Marracinni (2001). Por outro lado, a crise de asma de Diogo, bem como de outros seres humanos, conjuga em um só tempo pulsão de vida e pulsão de morte, em outras palavras, é ao mesmo tempo tradução da angústia de morte e expressão de vida. Pensando nesta polaridade e no que formula Dejours (1998), que a manifestação psicossomática tem um endereçamento ao outro, que ela acontece no âmbito relacional, a asma de Diogo também pode ser uma forma de entrega. Ao adoecer ele volta a uma relação de total dependência materna.

Já a angústia materna se manifestaria a nível psíquico, o que poderia ser articulado com o que Debray (1987/1988) observa sobre as diferenças percebidas na sua experiência clínica, na forma de a mãe e a criança lidarem com a manifestação da asma. A mãe apresenta uma angústia muito elevada, que se opõe de forma substancial a maneira que a criança lida com as manifestações somáticas. A criança age com freqüente indiferença, mesmo em situações de crise, onde é possível ver, como atesta Kreisler (1978/1981), a criança mantendo seu estado geral e de seu humor, mesmo estando em uma tenda de oxigênio. Para o autor, trata-se de ausência de angústia. Já a pesquisadora, discorda. Reconhece a existência da angústia na criança, mas o que difere a angústia materna da angústia da criança é a forma de sua manifestação. Na criança ela toma o caminho do soma e se expressa na diversidade de fenômenos psicossomáticos, neste caso, no fenômeno asmático. Na mãe, a angústia tende a se manifestar na esfera psíquica, conforme será mais detalhadamente desenvolvido nos “Aspectos comuns dos casos estudados”.

A forma como Andressa tratava a asma de Diogo anteriormente era evitando qualquer sensação de desprazer que poderia conduzi-lo a uma crise de choro. Temiam que isto levasse a uma crise de asma. Vivia somente no processo primário, não toleravam que ele se frustrasse e com isto iniciasse uma crise: “*ele só fazia: ahh, deu! Todo o mundo em roda pra ver o que estava acontecendo. Então ele tava ficando um nenê bem chatinho porque todo o mundo fazia o que ele queria em função disto aí*”. Após receber orientação no hospital, percebeu que deveria tratá-lo de

outra maneira, *“no começo era meio difícil, mas agora eu trato normal”*. Ou seja, não havia espaço para que se estabelecesse a relação presença-ausência. Comenta que uma de suas maiores dificuldades enquanto mãe do Diogo é no que diz respeito a sua educação, em como ‘dar limites’ a seu filho. Segundo ela, isto está mudando.

3.1.1.3. Lugar do pai no discurso materno

O pai na vida de qualquer criança tem um papel central e ordenador. Entretanto, no início do desenvolvimento do bebê o pai será referendado por intermédio materno. Conforme conta Andressa, desde a época da gestação de Diogo, sentia falta de um parceiro, de um companheiro mais participativo. Disse que ele não era de ficar tocando em sua barriga, *“que tá ali junto não”*. Ele desejava ter outro filho, mas que *“pra ele, ah, tá grávida? Bah, bem bom, vem mais um filho”*. Para Andressa ele era *“bem desligado”*. Comenta que com o decorrer do tempo foi percebendo que ele não era o pai que imaginou para seus filhos. Gostaria de ter *“um pai bobo pros meus filhos, sabe... um pai que fizesse tudo que era vontade dos filhos, que, sabe aquele pai assim, ó. Que impõe respeito pros filhos, mas nunca levantou a mão pra um filho, nunca gritou com um filho. Que eu sei que tem, sabe”*. Andressa vê Altair como um *“péssimo pai... digo pra ele mesmo. Eu acho que eu poderia ter arrumado um pai melhor (risos)”*. Queixa-se que ele está sempre cansado, que não dedica seu tempo aos filhos, está sempre reclamando que as crianças incomodam. Não tem o hábito de brincar com Diogo, apesar de agora ele andar brincando porque está cobrando dele.

Em relação aos cuidados de Diogo, a participação de Altair parece ser mais no sentido do dizer a Andressa o que está fora de lugar, o que necessita ser limpo e arrumado em casa para melhor se adequar à asma de Diogo. Parece se restringir a isto, e não que ele tome para si responsabilidades sobre a saúde de seu filho. Andressa afirma que em relação a estes cuidados a última palavra é a dela. Ninguém dá remédio algum para ele, tampouco escolhe sua roupa, tudo passa por seu crivo. Isto reforça a idéia que vários autores levantam sobre a relação ‘superprotetora’ entre mãe e filho asmático. Também reforça o que já foi insistentemente assinalado, a forma totalizante de ser mãe.

Andressa relatou que já esteve para se separar de Altair, por sua iniciativa. Porém, *“quando... A gente teve pra se separar e aí o guri acabou ficando doente”*. Ao ser questionada como foi esta fase que Diogo ficou doente, num momento em que estavam pensando em se separar, responde: *“não, mas daí não teve nada a ver uma coisa com a outra; foi uma crise de asma que deu, ele acabou baixando hospital e bem nessa época... Porque a gente não discute na frente deles, sabe? E*

outra que no dia de hoje eu falo em separação tranqüilamente como eu tô conversando contigo. Eu digo pra ele: ó, não quero mais, eu acho que não dá mais, vamo conversar, eu acho que não dá mais, é melhor tu ir, porque de casa eu não saio, né? Eu digo: é melhor tu sair pra viver a tua vida". Após esta situação, o Diogo acabou tendo que ser hospitalizado *"e acabou morrendo o assunto ali"*. Altair, segundo Andressa, concorda com a decisão dela, mas não aceita.

Ela afirma categoricamente que não gosta mais dele e que já lhe disse isto, e, também, que ele não foi aquilo que ela esperava: *"faz dez anos que a gente vive junto; não casei e não caso! Não casei e não caso, se viver junto já pra separar é difícil imagina tu casada com papel passado deve ser mais complicado ainda. Eu digo então: eu casar eu não caso. Hoje eu tava falando pra ele, digo assim: com o Altair eu não caso! Se eu não casei com ele até hoje, agora não caso mais. Não dá, não tem condições. Então eu acho que ele não aceita, sabe? Porque se ele aceitasse ele já tinha, já teria saído numa boa, sabe? Mas não ele tá sempre, ultimamente ele tá procurando fazer de tudo pra me agradar. Só que não é a mesma coisa, que nem eu disse pra ele: tu pode trazer o mundo e bota nos meus pés, mas agora não adianta, sabe? Tu teve a tua chance..."*. Reconhece que quando ele resolveu mudar já era tarde demais e o sentimento que tinha por ele foi morrendo aos pouquinhos. McDougall (1989/1996) escreve que observa com muita frequência em relatos de pacientes com distúrbios psicossomático, de que o pai, enquanto objeto de amor e desejo materno, tem um papel muito pequeno na vida de sua companheira. Isto vai ao encontro daquilo que outros autores reconhecem como fundamental no desenvolvimento esperado de uma criança, o pai tem que ser atraente para esta mãe, para esta mulher. Seu interesse precisa se situar além de seu filho, para que não se instaure, o que Debray (1987/1988) chamou de "censura do amante". Em outras palavras, a mãe deve tomar seu parceiro na dimensão desejante, como objeto libidinal, objeto de amor, como instância fálica. Esta censura na configuração parental é observada constantemente, nas dinâmicas psicossomáticas, mesmo que de forma provisória, dificultando o relançamento do desejo para além de seu filho. No caso de Andressa, ela parece não reconhecer em Altair um homem potente e capaz de ainda atrair seu interesse e tirá-la deste investimento libidinal exclusivo com seu filho e reconhecê-lo como objeto de seu desejo. Ele é destituído falicamente, tanto da função de pai quanto de homem.

3.1.1.4. Situações identificadas como angustiantes maternos

Diogo nasceu prematuro, e que segundo Andressa, foi em consequência de um tombo que levou dois dias antes, quando ficou com um hematoma. Após o tombo vieram as dores, o que precipitou o parto, sendo que este foi normal. Seu filho necessitou ficar na incubadora e saiu do hospital somente após um mês e nove dias, aproximadamente. Em decorrência disto, somente pegou ele nos braços quando ele tinha vinte e poucos dias. Até então, somente podia tocar nele, e percebia que ele reagia a sua presença. Diz que ficava com ele e que *“ele pedia (que ficasse), ele reconhecia (sorri)”*. Costumava ir todos os dias ao hospital, ficava grande parte do tempo ao seu lado, somente não dormia lá. Comenta que sempre conversou muito com ele: *“menina, eu brigava com ele quando ia à noite, dizia que ele tinha que melhorar, (...) pra mim ele ia ver só (sorri)”*.

Neste período ele teve uma infecção no hospital, o médico deu três dias de vida para ele. Para que ele sobrevivesse, o quadro deveria ser revertido neste tempo, *“foi os três dias que eu mais briguei com ele”*. Ela conta que ela e seu marido já conheciam bem seu filho, pois o vinham acompanhando sistematicamente. Em um domingo à tarde eles perceberam que o Diogo não estava bem. Estava com uma cor diferente e não reagiu com a chegada de seus pais. Chamou a enfermeira e conversou com ela e esta disse que ele estava fazendo birra porque era uma criança muito braba, *“eu ainda disse pra ela assim: mas um nenê desse tamanho não faz birra. E ela assim: Não, ele tá fazendo, porque ele chorou muito de manhã”*. Acrescentou que *“porque todo o dia a gente sabia quando ele tava bem, quando ele tava contente, o aparelho como é que tava, porque eu cuidava tudo que tinha naquela sala, eu sabia detalhadamente o que ele tinha e o que ele não tinha em roda dele”*. Diogo sempre foi uma criança ativa, vivia chorando na incubadora, era brabo, tirava o oxigênio, batia com as mãos até arrancar, fazia o mesmo com soro, chegavam até a contê-lo. Certamente, o comportamento apático dele fez com que seus pais identificassem alguma anomalia no seu funcionamento. As enfermeiras não reconheceram como verdadeiras as percepções dos pais e as ignoraram. Seu marido ficou até de noite no hospital e comentou *“o guri não tá bem. Ele disse, não, eu passo em volta do guri e não vou saber se o guri tá bem ou não”*.

No outro dia, bem cedo, os pais retornaram ao hospital e encontraram a equipe médica atendendo o Diogo, fazendo transfusão. Segundo o médico, ele tinha tido uma infecção e seu sangue havia parado, teve uma infecção sanguínea. Os médicos lhe disseram *“olha mãezinha, se ele agüentar até quarta-feira ele passa desta tranqüilo. Ah, a gente ficou desesperado, né? A gente não podia entrar, não podia olhar pro guri, eu não podia entrar e olhar pro guri, eu, aí eu fazia assim:*

eu me desesperava, eu me desesperava de olhar pra ele”. Sabe-se, como destaca Andrade (1998), que o olhar materno é uma das vias por onde a criança irá se enlaçar ao mundo da mãe, pois esta serve como semblante, ele enxergará a si por intermédio da sua mãe. Andressa diz que entrou em desespero e quando conseguiu ficar com seu filho “*ai eu comecei a brigar com ele, eu comecei a brigar, eu ia pra incubadora e dizia pra ele: ou tu melhora ou tu apanha! (sorri). Tu vai melhorar, tu tem que sair daí, tu tem que sair bom daí, tu tem que ir pra casa porque a tua irmã tá te esperando, porque eu comprei tal coisa pra ti e tu tem que ir. Tu veio, agora tu veio pra ficar, tu vai ficar, tu não tem que querer, eu tô mandando e tu tem que me obedecer. Ai até um dia o meu marido disse assim pra mim: Mas não vai ficar brigando, eu digo: não, eu pedi pra ele melhorar e ele não quer, eu tenho que brigar com ele. Eu tenho que mostrar pra ele que quem manda sou eu, a mãe sou eu, é eu que tô mandando. E ele vai ficar bom, ele vai, ele tem que melhorar, ele tem que sair daqui. Nem que ele abobe, nem que ele seja o guri mais panaca que tiver, mas que ele tem que sair daqui ele tem que sair*”. E acrescentou “*tu pode ser o nenêzinho mais panaca que tiver, desde que tu saia daqui, que tu saia bom, que tu não tenha nada, que tu possa falar, que tu possa escutar, que tu possa caminhar, que tu possa mexer em tudo, tu pode, inclusive, não tem um outro gurizinho mais tinioso*”. A que custos ela o queria vivo! Andressa o convoca a que viva, só. Toma a vida pela vida, mas não pelo significante. Ela quer que ele viva a qualquer custo, mesmo que se torne um “*panaca*” ou, então, um “*gurizinho tinioso*”, mas que viva. Isto é problemático.

Andressa diz que seu filho “*é muito arteiro*”. Diz mais, “*até eu tô achando que ele é mais do que arteiro, que ele é inquieto, que ele não pára. Ele não brinca com brinquedo, ele só que pegar o que não é pra ele pegar*”. Identifica ele como tinioso, e que se ele está quieto alguma coisa ele está “*aprontando*” e acredita que ele faz tudo aquilo que se imagina que uma criança não deva fazer. Sua reação diante de tais circunstâncias é através de gritos, diz gritar muito com Diogo, pois ele a deixa “*louca*”. Contou que “*ontem ainda a minha irmã ainda disse assim pra mim: viu? Tu pediu, agora tu agüenta (risos). Mas ele é demais, ele é tinioso, tinioso, tinioso. Ontem ele tava brincando assim ó... ele saiu pra fora, foi pra poça d’água, enfiou os pés bem e atolou bem os pés na água, batia com as mãos, daí eu sai pra olhar. Em questão de segundos, ai então eu dei banho nele, arrumei ele e fui estudar porque eu tenho uma prova hoje de tarde, ai eu fui estudar, né. Ai, mas o Diogo tá tão quietinho, porque quando tá quieto, alguma ele tá aprontando, né. Olhei, o Diogo abriu a porta do fogão, tinha uma frigideira com azeite, ele tava metendo as mãozinhas dentro do azeite e lambendo (risos). Ai ele ficou e eu: ui guri, sai daí guri. Ai tirei ele, peguei, limpei ele, né. E ele me olhava e fazia assim com a mão, ah,... ele abre a porta do guarda-roupa, ele bota toda a roupa pro chão*”.

Continua falando que “*tu tira ele dali, enquanto tu tá arrumando ali pra ele não mexe, tu olha pro outro lado ele já botou outra coisa no chão. Sabe ele não tem amor, é terror, terror mesmo. Se tu vai pegar ele que ele não quer ir no teu colo ele se avança em ti, te belisca, te olha. Te belisca e te puxa o cabelo, te morde, ele vem. Aí ele faz tudo isso aí pra vê se na hora que te encosta a cabeça e te faz um carinho em ti e tu faz, daí quando menos tu espera ele te atraca o dente. Ele é tihoso, é terrível, é danado mesmo*”. Ela segue na entrevista falando sobre outras coisas que seu filho faz: “*eu saio com ele, só que, claro, como eu digo assim ó, tem... Se ele ficar pior do que ele tá não tem como sair tem que ficar em casa, com ele mesmo. Ele estragou meu armário, ele arreventou a porta, ele pega a cadeira e ele bate na porta da geladeira, ele. Jogo de copo, depois que ele começou a andar já não sei quantos que eu comprei, por que ele dá um jeitinho, isso que eu evito. Sim, mas daí não tem como ele não quebra? Sempre ele dá um jeitinho de bater, ele derruba, ele quebra. Então coisas assim, que a minha gurua nunca fez, ele faz. Então pra mim aquilo ali é novidade que ele tá fazendo. Ele pega a vassoura, ele quer varre casa, se tu não cuidar ele vai pro banheiro ele puxa o rolo de papel higiênico, outro dia ele puxou e desmanchou todo o rolo. Sabe e é tudo rápido. Não é assim, te esqueceu dele, porque ninguém esquece, não tem como esquecer dele em casa, ninguém esquece. Se eu não vou ver na hora eu digo: ó gurias, olhem o maninho; ô Taís, olha onde é que o Diogo tá, vê o que o Diogo tá fazendo”. Então a gente tá sempre assim ó, sempre de olho nele, mas numa piscada ele apronta”.*

O jeito do seu filho a incomoda, preferiria que ele não fosse tão “*danado*”, mas diz preferir que “*em relação à doença dele eu prefiro mil vezes ele danado, até pior do que ele tá. Eu tô sempre falando em casa, eu prefiro ele mil vezes até pior, que fique pior; desde que não vá pra dentro de um hospital*”. Para ela, ele pode fazer o que quiser. Antes, quando ele era menor, estavam constantemente cuidando para que ele não tivesse uma crise e, conseqüentemente, uma convulsão. Depois, a preocupação era com o refluxo, agora não é possível tirar o olho dele por ser “*tihoso*”. Há sempre um olho a olhar pra ele, mas este olhar não foi tomado no campo do significante, não possibilita o ordenamento, tanto que, apesar de tantos olhos sobre si estes não conseguem conter Diogo e “*numa piscada ele apronta*”.

Esta situação vivenciada por Andressa parece ter uma linha condutora que remete a sua própria história pessoal e também a forma como lidou com uma semelhante situação de desamparo que viveu ao ter em seus braços ‘seu filho morto’, mesmo que por instantes. Seu filho teve, em duas situações reais, a sua vida por um fio, situação esta que o coloca, mesmo que temporariamente, em uma situação completa de desamparo, onde é lançado para um abismo perdendo sua segurança

existencial, em um período em que a urgência vital é maior. Sabe-se, muito bem colocado por Winnicott (1987/1988), que os bebês são seres em desenvolvimento e estão sujeitos a uma diversidade de horríveis ansiedades em decorrência de seu prematuro desenvolvimento e, principalmente, se foram deixados por horas ou minutos sem contato humano ou familiar. Sabe-se que a situação de uma UTI neo-natal difere substancialmente do ambiente familiar. Diogo viveu situações que o colocaram no limite de sua existência e esta vivência real, somada às ansiedades possíveis de se encontrar em um bebê em um ambiente normal, não hospitalar, devem ter sido potencializadas. Todavia, o investimento materno, de convocar Diogo a viver, mesmo que através de sua ‘briga’ com ele, forma habitual de ser de Andressa, fez com que ele encontrasse um ponto de ancoragem materno, servindo-lhe de porto onde poderia atracar suas angústias. Todavia, este porto é o corpo materno.

Soma-se a isto o que Mannoni (1982/1986) aponta. Qualquer ruptura do bebê com sua mãe promove uma angústia que pode ser vivida como ameaça de aniquilamento. Tal qual o possível abandono vivido por Diogo, quando na sua estada no hospital, tendo que ser cuidado por uma diversidade de estranhos de uma equipe hospitalar.

É interessante que Diogo tem a infecção em uma idade bastante próxima a época em que sua mãe a havia abandonado, período em que contava com vinte e dois dias de idade. Diogo com mais ou menos vinte e poucos dias de vida corre risco de vida. Logo após recuperar-se da infecção, apresenta novamente um quadro debilitado de saúde, que o coloca novamente em risco de vida. Nas duas situações a mãe reage de forma similar, ficando desesperada e não conseguindo olhar para seu filho. Não o fez no primeiro momento em que soube de seu quadro de saúde no hospital, e o mesmo ocorreu quando se deparou com ele desfalecido em seus braços. O caminho tomado por ela não foi o de abandoná-lo tal qual sua mãe fez, mas sim, de abandoná-lo simbolicamente. Manda-o viver a qualquer custo.

Andressa passou por um momento bastante difícil em um momento anterior a gestação de Diogo. Refere que teve depressão alguns anos atrás e que “*eu tentei até o suicídio. Então aí eu fiz um tratamento psiquiátrico. Eu não tentei o suicídio, eu disse pro psiquiatra que eu não tinha tentado, eu só tomei um remedinho pra me acalmar*”. Andressa estava se referindo a uma caixa de Lexotan, com aproximadamente 20 comprimidos. Diz que somente queria se acalmar, pois andava muito nervosa, irritada. Esta ingestão de medicamento ocorreu após ter perdido o controle com sua filha quando ela era pequena, “*bati nela e acabei entrando em desespero*”. Até hoje diz não saber porque fez isto, “*bati com a mão mesmo, dei palmada nela, dei tapa nela, coisa que, bati no rosto ombro*

dela, coisa que eu não... não é coisa minha batê. Eu nem vi que tinha ficado, que ela tinha apanhado tanto de mim. Que eu só grito, sou escandalosa, então, sei lá... acabei tomando o remédio". Atualmente, faz três anos que não precisa mais tomar remédio, somente toma água de melissa. Neste período, tomava metade de um comprimido de manhã e metade à noite. Quando indagada se em nenhum momento achava que estava tomando o medicamento em excesso, respondeu *"eu até sabia, a única coisa que me veio na cabeça na hora que eu tomei os comprimidos é que eu queria dormir. Eu não tinha o pensamento de morrer, de querer me matar, isso aí não, eu queria dormir, eu queria descansar e apagar aquilo ali que eu tinha feito com a guria. Era só o que eu queria"*. Estava somente ela e sua filha em casa, e após seu marido chegou e sua filha falou ao pai que a mãe estava passando mal, porque se encontrava deitada. Ele não conseguiu acordá-la e então a levou ao hospital. Diz que costuma se irritar facilmente. Há três anos atrás teve o que considera sua última crise, quando teve que baixar o hospital novamente e tomar o medicamento Gardenal na veia.

Parece que as coisas para Andressa têm mais ou menos valor idêntico, tanto faz tomar um, dois, três comprimidos ou toda a caixa 'para dormir'. Isto não faz diferença. Como também não faz diferença ser *"panaca"* ou *"tinioso"*. Isto me faz lembrar o ditado: 'falem bem ou falem mal, mas falem de mim', tanto faz.

Nesta última crise, iniciou novamente o tratamento, que segundo ela, tinha como propósito ajudá-la a dormir. Tinha muita insônia: *"eu tinha muito medo de morrer. Eu me deitava de noite assim e parecia que eu ia morrer, que se eu dormisse eu morria"*. Ao ser questionada sobre o que ficava imaginando nestes momentos, respondeu: *"ih, ficava imaginando a morte. E pra mim tudo ficava escuro em roda de mim. Às vezes me acordava, eu me acordava quando eu tava querendo dormir assim, parecia que eu tava caindo num buraco e me acordava gritando"*. Desta forma, acabava tendo medo de dormir e acabar morrendo. Disse que, hoje em dia, *"uma coisa que no dia de hoje eu não tenho medo da morte e eu tinha tanto medo da morte. Que nem eu disse pro doutor, eu tinha tanto medo da morte, tu acha que eu ia tomar remédio pra me matar? Não, eu só queria tomar remédio pra me acalmar, eu não queria remédio pra me matar. Porque eu tava tomando esse comprimido miudinho e não tava fazendo efeito, eu passava a noite em claro. Eu ia dormir depois que clareasse o dia"*.

Esta situação também a colocou diante da morte, apesar de não reconhecer nenhum desejo seu neste gesto. A própria vontade de dormir, de *"apagar"* pode remeter a pulsão de morte (este aspecto será explorado no item "Recordações maternas frente a sua infância precoce"). Coloquialmente o termo 'apagar' pode ter a conotação de matar, morrer.

3.1.1.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce

A maternidade de Andressa está pautada pela própria maternagem que recebeu em sua infância, assim como enfatiza Mannoni (1982/1986). Ela está pautada pela cultura na qual a mãe está inserida e também remete a sua capacidade de maternalizar, diz respeito à forma como foi maternalizada enquanto bebê. Isto parece dar sentido às dificuldades sentidas por Andressa no que diz respeito a sua capacidade de decodificar algumas mensagens enviadas por seu filho a ela. Tal dificuldade pode ter se intensificado em decorrência dos distúrbios apresentados desde cedo por Diogo, pois como escreve Jerusalinsky (1987), a mãe irá construir para a criança uma imagem contida na subjetividade. O autor destaca também a importância da personalidade materna para o reconhecimento e interpretação das intenções do filho, bem como de seus ritmos biológicos.

Ao ser indagada sobre a experiência de ser mãe do Diogo, se imaginava que seria desta maneira, ela disse que *“achava que sim, porque eu não tive mãe. A minha mãe me abandonou muito pequena,..., eu não tive mãe, eu fui criada um pouco com a tia, depois vou pra casa de novo, a minha madrasta cuida um pouco. Então eu fui saber o que, até inclusive essa semana eu tava falando que eu fui saber o que é ser mãe depois que eu tive a minha filha. Que aí eu fui saber o que é mãe porque até essa experiência eu não sabia o que era mãe. Pra mim mãe e nada, porque eu não tive mãe nenhuma, não tinha diferença pra mim, porque nunca tive mãe nenhuma, eu nunca tive. Eu tive pai. Pai eu tinha, então pra mim a figura do pai pra mim, o sentimento que eu tenho pelo meu pai era de pai e mãe, pra mim ele era meu pai e minha mãe. Então não tinha aquela mãe, a mãe”*.

Ao ser questionada como ela se descreveria como mãe, ela diz não saber, dizendo que esta pergunta deveria ser feita a sua filha: *“ah, eu não sei. Sei lá, tinha que perguntar pra minha filha, ela diz que eu sou muito chata (sorri), que briga muito, que reclama de tudo”*. Segue dizendo que *“eu dia eu perguntei pra ela: tu gosta de mim? Eu gosto. Eu digo: tá, então diz o que tu não gosta. Aí ela diz assim: é que tu é muito chata, tu reclama o tempo todo. Que eu reclamo muito, tu reclama o tempo todo, mas tu é uma mãe boa, tu é uma mãe legal, diz ela (sorri). Então não sei, eu acho que eu sou uma mãe legal, digamos nos termos mais modernos, que nem diz (...) que legal”*. Isto parece reforçar a idéia de que a ausência de uma imagem materna internalizada impossibilita a ela uma identificação e conseqüente reconhecimento de sua função maternalizante. Ela precisa recorrer à filha para poder encontrar um reconhecimento de sua maternidade. McDougall (1989/1996) diz que o inconsciente da mãe é estruturado em decorrência de seus pais e de suas próprias vivências infantis e sabemos que as relações humanas sofrem os efeitos do inconsciente de quem delas participa.

Parece existir, nesta carência maternalizante, no universo infantil de Andressa, espaço para que ela, na sua relação com Diogo, deixe de reconhecer alguns sinais que ele lhe envia, avisando que está necessitando ser entendido. Um exemplo disto será desmembrado melhor no item sobre “Outros aspectos da dinâmica entre Andressa e Diogo”, quando se discorrerá sobre um sintoma que Diogo vem manifestando.

Uma situação vivenciada como difícil pelo cuidador, conforme McDougall (1989/1996), poderá repercutir de maneira determinante na vida relacional que este estabelece com a criança. Este ponto é de extrema importância, pois as situações que Andressa viveu na sua infância, com certeza, estão balizadas por suas vivências pessoais e, conseqüentemente, por suas possibilidades elaborativas. Estas irão pautar a dimensão e o impacto em sua vida, e sendo assim, também na vida do Diogo. Exemplo disto é identificado quando conta sobre o fato de que *“pra mim ele tinha morrido no meu colo”*. O seu colo é mortífero, ou seja, não é um colo que propicie a vida psíquica, que enlace e tome o corpo de seu filho simbolicamente. Andressa foi abandonada em uma fase primordial de sua vida e não encontrou em seu percurso alguém que tornasse eficaz a função materna. Então, nesta cena onde toma o filho como morto em seus braços ela revive sua própria morte, seu próprio abandono. Aí está a morte no corpo.

Esta experiência de abandono em uma fase tão primitiva de sua vida parece ter tido efeitos em sua forma de encarar a gravidez. Provavelmente porque esta é a forma de aceder a função materna. Para ela, a gravidez e a imagem de uma grávida é sentida como *“a coisa mais feia”*. Sentia-se gorda, feia, *“acho feio mulher grávida”*. Este sentimento ocorreu em suas duas gestações, para ela, somente a *“Xuxa”* foi uma gestante que considerou bonita, e ao ser questionada sobre o que nela havia chamado sua atenção, responde *“é porque eu gosto dela. Então tudo que ela faz pra mim tá bom, inclusive a gravidez parece que ficou bonita”*.

Em relação à gravidez de Diogo, disse que não *“queria ficar grávida ficar grávida porque foi um acidente assim...”*, de acordo com Andressa a gravidez ocorreu na troca da pílula anticoncepcional. Por ela teria só a menina e mais nenhum filho e justifica a sua decisão em relação as suas condições econômicas, que a criança quando precisa de algo os pais têm que dar, a criança não tolera esperar. Com mais um filho *“as dificuldades aumentam. Mas depois quando vem, e ainda assim vem junto. Depois você tem que pagar”*. Quando indagada se ela achava que uma nova gravidez veio para ela pagar algo, respondeu: *“eu tô pagando, claro, pagando pelos pecados legal! Porque não é, porque eu dizia que não queria. Pobrezinho do gurizinho, gurizinho bem esperto! Aí*

eu dizia que ia gastar bastante daqui... Todo remedinho pra passar pra ele menos de dezoito real tu não paga. E ninguém me dá nada, tudo tem que comprar. Eu não consigo nada de graça”.

Andressa parece, nesta gravidez, fazer uma identificação com sua mãe, que não a quis, a abandonou. Andressa e Diogo vivenciaram em fase similar de seus desenvolvimentos, situações semelhantes: abandono materno e internação na UTI neo-natal, e que ambas podem ter efeito desorganizante em suas vidas. A forma como Andressa se situa antes e depois do nascimento de Diogo foi perpassado por suas experiências pessoais e, a forma como a mulher, bem como o homem, se projetam como pais, segundo Szejer e Stewart (1994/1997), está relacionada aos seus respectivos modelos paternos ou a outros modelos parentais. Em relação a sua gravidez dizia também que *“eu tinha que mudar, né? De qualquer jeito eu ia ganhar, eu ia ter, né?”*.

No que se refere à mãe de Andressa, a pesquisadora investigou como ela se sentia em relação ao que havia lhe acontecido na infância, ao que disse: *“ah, nos dias de hoje eu tô levando bem, antes eu tinha muita raiva dela, tinha raiva dela. Sei eu o que que eu tinha! Nem sei o que que eu tinha, o que eu sentia por ela. No dia de hoje eu procuro entender o lado dela”*. Sua fala parece evidenciar seus sentimentos ambivalentes em relação a sua mãe e ao abandono. Foi também lhe perguntado sobre se ela havia conhecido sua mãe, a qual respondeu com uma negativa dizendo que não tinha porque procurar, pois ela nunca a havia procurado. Porém, seu irmão já a procurou e a encontrou. Conforme Andressa, *“ela pergunta de mim, eu acho que no caso, ela hoje, hoje até talvez ela esteja pagando pelo que ela fez porque eu digo, tem coisa melhor que ela poder viver no meio dos netos dela, coisa que hoje ele não tem. Ela, ela, esta semana eu tava dizendo, eu olho pro Douglas e digo, olha que... olha que nenêzinho lindo, olha o que ela tá perdendo! Tá perdendo de ter um neto e uma neta junto com ela”*. Andressa, curiosamente, também se percebe pagando pelos seus pecados por ter rejeitado a gravidez de Diogo, como acredita que sua mãe esteja fazendo.

A expectativa da gravidez de Diogo por parte de Altair, seu marido, era diferente da sua, *“ele ainda queria mais do que eu, desde o início. Ele antes de eu ficar grávida ele já dizia porque tu não fica grávida? Só um filho não basta, eu vou ficar só com uma filha, eu quero um filho ou eu quero outra filha. O que vier vem bem”*. Então pra ele, *ah, tá grávida? Bah, bem bom, vem mais um filho... eu que não queria”*. No entanto, apesar de Altair desejar ter outro filho, ele era um pai *“desligado”*, não tinha uma participação ativa na gravidez, não fazia carinho em sua barriga. Diz que ele paparica mais após o nascimento dos filhos.

3.1.1.6. Outros aspectos da dinâmica entre Andressa e Diogo

Um destaque nesta díade, que já foi citado anteriormente, remete a vivência limítrofe em que Diogo se encontrou no período em que teve infecção e que correu risco de vida. Desesperada, em um primeiro momento, Andressa não conseguiu suportar olhar para seu filho em tal circunstância (bem como após, em sua primeira crise de asma), mas depois buscou alternativas para estabelecer um novo vínculo com ele. Ela própria se define como uma pessoa muito braba e briguenta, e como não poderia ser diferente, acredito, foi aí que ela buscou um canal de comunicação com Diogo que tivesse a força de convocá-lo a vida. A partir disto ele começou a reagir, e de acordo com Andressa, este restabelecimento rápido surpreendeu aos médicos. A pesquisadora perguntou se ela achava que a sua conversa havia ajudado Diogo a melhorar, no que respondeu *“eu também, eu disse pra ele, eu mandei ele (...) aí ele, perto do que ele tava ele tinha melhorado bastante. Aí o médico veio conversar comigo que se surpreendeu com a reação dele porque ele não esperava que ele fosse reagir daquele jeito. Eles nem esperavam que ele fosse sobreviver”*. Comenta que falou para a médica que era brigona, *“eu brigo muito mesmo, eu sou muito briguenta, então ele tem que acostumar desde já que eu brigo mesmo. A minha guria tem sete anos e ela diz: ah, a mãe tá terrível hoje. Eu não sou de bater, mas em compensação quando eu começo a falar sai de perto (sorri). Aí fede tudo,... (sorri). Então, aí eu digo, ele já tem que acostumar desde nenêzinho”*. Ela o convoca a viver, mas a um preço bastante alto, que o escraviza em uma relação corporal. Ela se institui para Diogo em um lugar supremo, do qual depende sua vida.

No dia posterior a sua conversa com Diogo (havia conversado com ele à noite), na manhã seguinte ele já havia saído do aspirador, e daí ele começou a melhorar, saiu da UTI e foi para o quarto. Quando teve a infecção Diogo estava pesando um quilo e quatrocentos e cinquenta gramas e após começou a engordar e passou a se alimentar no seio materno. Conta que quando começou a pegar ele no colo, *“aí que ele começou a reagir mesmo, ele começou a melhorar, em seguida já tava mamando no peito, aí tirou a sonda sonda”*. Sobre o fato de ter podido iniciar a um contato mais íntimo e próximo com ele comenta que *“eu coloquei ele aqui assim, ele colocou a cabeça no meu peito e aí ficou, um tempão. E eu conversava muito com ele, sempre conversei muito com ele. Tava sempre dizendo pra ele que ele tem que melhorar, pra vir no meu colo ele tem que melhorar, ele tem que pegar a mamadeira, que ele custou muito pra pegar, teve muita dificuldade pra pegar a mamadeira”*. No hospital, antes de pegar o peito eles haviam iniciado ele na mamadeira, onde colocam, como já foi explicitado anteriormente, os remédios necessários a ele enfrentar a infecção.

Atualmente se sabe que o procedimento em UTIs neo-natal é darem o leite em um copinho para facilitar que a criança ‘pegue’ peito materno, esta é uma tendência. Diogo não teve dificuldade em ser amamentado no peito, apesar de já ter tomado mamadeira “*ele pegou o peito, pegou bem*”. A surpreendente recuperação de Diogo “*foi a melhor parte que teve dentro do hospital foi essa ultima semana. Por que as outras semanas a gente teve tenso, foi aquela tensão: será que a gente vai chegar lá e ele vai tá bem? Tu sai de lá ele tá bem, aí tu chega e tu não sabe se tu vai pega ele bem. Então aquela ultima semana ali, eu já nem pensava mais nisto, só pensava em trazer ele pra casa, né*”. Andressa acredita que a partir do momento em que começou a amamentá-lo no peito ele começou a reagir melhor, isto evidencia o que Jerusalinky (1984) escreve, que a amamentação constata o efeito de doação materno a partir da constatação do crescimento do filho.

Apesar de carecer de recursos simbólicos, Andressa parece ter conseguido desencadear, através da amamentação e do contato com seu filho, uma arrancada rumo ao seu crescimento. Ele estava perdendo de 10 a 15 gramas por dia “*quando ele começou a mamar no peito, claro eu ainda dava mamadeira também, né?... ele se agarrava no peito também. Ele já começou a engordar bem, ele, ele teve um dia que ele engordou 100 gramas num dia. Então eu, eu acho que tem a ver isto. Até porque você dá mais afeto, não sei se sentiu mais seguro também... ele é menor, eu acho, eu não sei!? Eu acho, pra mim passou mais segurança pra ele. Passou mais uma energia positiva, digamos assim. Dele tá mamando no peito, ele se sentir uma criança protegida, talvez, né*”. Freud (1905/1972) já acreditava que a amamentação está associada às primeiras experiências de satisfação do bebê, e tem dupla função. Esta dupla função não foi observada em Diogo. Observou-se a função de auto-preservação, o que está descortinado, visível, no aumento de peso de Diogo e na melhora de suas condições de saúde, e o outro dado no qual não foi possível observar, é o aspecto prazeroso da amamentação e que permite que entre na dupla como forma de veicular o simbólico. Nesse caso, a amamentação, pelo menos em grande medida, parece se restringir a necessidade, a manutenção da vida a qualquer preço, ao preço de ser qualquer coisa, “*panaca, tinhoso*”, tanto faz. Andressa conta que em menos de uma semana “*ele já estava pesando dois quilos*”. Após sua saída do hospital, Diogo em uma semana já havia engordado aproximadamente quinhentos gramas. Atualmente Diogo não tem dificuldades em se alimentar, é, de acordo com Andressa, “*um touro*”. Nesta circunstância em que Diogo se encontrava no limiar da vida, o sistema de para-excitação materno, como descreve Debray (1997/1999), conseguiu, em parte, servir como barreira ao excesso de estimulação do qual Diogo, tão pequenininho, já se encontrava submetido.

Diogo, segundo relata, a surpreende em relação à alimentação, diz que “*ele come feito um condenado (risos)*”, mesmo após recém ter terminado de almoçar, se ele vê alguém comendo ele fica cuidando. Se oferecer comida “*ele come e come redondo*”. Conta que ele teve um problema alérgico e que o médico estava controlando sua alimentação. Diogo gosta muito de salgadinho, mas também come bastante frutas, verduras, “*é o legítimo papa-tudo,..., não tem o que ele não goste anão ser maçã e massa*”. Mas junto com isto, com esta surpresa em comer aquilo que as outras crianças pequenas normalmente não gostam, vem um excesso de alimentação que faz com que tenham que controlar.

Somado a isto, Diogo vem se comportando de uma forma também surpreendente. Ele costuma colocar o dedo na “goela” e se alguém faz a ele algo que não goste, e o faz com o intuito de vomitar. Andressa não compreende o motivo de tal atitude, acha que pode estar querendo chamar a atenção bem como pode estar sentindo algum incômodo devido à alimentação ‘exarcebada’. Entretanto, quando questionada diz que ele faz isto normalmente quando é contrariado e que ele fica atento vendo se estão a olhar para ele. Sua reação é lhe dizer “*não faz! Eu digo pra ele: não faz, não é pra fazer, assim tu vai machucar o nenê. Daí ele fica assim ó (Andressa mostra a forma) enquanto tu não vai lá tirar a mão ele fica com o dedo lá*”. Conta que tem o hábito de levá-lo a pracinha e que em outro dia ela tirou um pau de madeira de sua mãe que estava sujo e jogou longe. Quando Andressa voltou para ele, Diogo já estava com o dedo na garganta, ficou num vermelhão até que ela tirou sua mão da garganta e então ele se distraiu com outro brinquedo. Teve outro dia que ele insistiu nesta atitude até vomitar, chegou a vomitar bastante e conforme Andressa “*ai não teve quem fez alguma coisa pra ele*”. Nesta cena o pai avisou a mãe: “*olha ele tá enfiando o dedo na garganta e tá vomitando*”. O relato da mãe desta situação leva a crer que o pai olha passivamente seu filho vomitar.

A pesquisadora procurou investigar como as pessoas da família lidavam com a alimentação, e afirmou que são pessoas que comem bastante e que iria conversar com o médico “*sobre essa fome que ele sente*”. Andrade (1998) fala que a crise asmática convoca a atenção e o olhar dos pais, e que uma forma de agressividade nas crianças asmáticas se situaria na preocupação constante que a asma institui neles, fazendo, por exemplo, com que tenham que se ausentar do trabalho. A atitude de Diogo também se articula com a via do olhar, e que lhes demanda uma atenção redobrada. Ao colocar o dedo na garganta ele experencia o refluxo de forma intencional, o que se for feito com frequência, pode ocasionar problemas gástricos devido à acidez estomacal que ele provoca. Ao mesmo tempo liga-se ao aparelho respiratório, ponto de ancoragem de sua manifestação

psicossomática, a asma, bem como de sua mãe. A asma de Diogo reflete a asma de sua mãe, que não consegue reconhecer que a asma faz parte de sua própria organização psicossomática. Ponto nodal para a produção de angústia materna. Lerude (1998) situa a criança responsável pelos seus sintomas à medida que desta forma eles se tornam sujeitos de sua própria palavra. O sintoma infantil tem um endereçamento, dirigido ao inconsciente dos pais e muitas vezes dando a ver as dificuldades concernentes ao laço parental.

O sintoma de Diogo convoca a mãe a se ocupar novamente de seu corpo, porque esta é a forma com que ela tende a se apresentar, como mãe da necessidade. Ele está crescendo e sendo assim, ela não precisaria tão freqüentemente se ocupar com sua sustentação corporal. Porém, como esta é a forma mais freqüente de vínculo com sua mãe, ele a convoca neste lugar de ‘mãe corporal’ através da produção de sintoma, por não conseguir sustentá-lo em outro lugar.

Parece haver um significante que não cessa de se repetir: desesperada. Esta é a forma que Andressa encontrou para representar o seu sentimento diante de uma série de situações angustiantes e conflitivas em sua vida. Desesperar, no dicionário remete a: perder a esperança, causar desespero a, afligir muito, irritar, causar furor ou raiva, encolerizar, enraivecer-se, etc. Estes sentimentos foram despertados em Andressa, identificados no seu relato, mais especificamente em três momentos: o primeiro, quando referiu-se ao abandono materno e ao afeto despertado “*eu tinha muita raiva dela, eu tinha raiva dela*”, no momento em que soube que seu filho estava com infecção e que ele corria risco de vida “*a gente ficou desesperado, né... eu me desesperava de olhar pra ele, ...eu entrei em desespero quando ela disse aquilo ali*” e quando viu seu filho ‘morto’ em seus braços: “*nós entramos em desespero, ... eu fiquei desesperada, ... saí pra fora desesperada*”. Este significante para remeter, de forma retroativa, a situações angustiantes que encontram seu ponto de ancoragem na sua tenra infância, momento em que sentiu faltar às bases de sua maternagem e que a lançaram em busca de substituições, que segundo ela, foi conseguida de forma imaginária, através de seu pai que fazia as funções de pai e de mãe. Mas ao mesmo tempo é possível perceber que ele não conseguiu de todo ocupar este lugar, pois ela mesma afirma que nunca soube o que era ser mãe antes de ter seu primeiro filho, no caso, filha. Antes, mãe e nada eram sinônimos para ela. Andressa está tateando no escuro o significado desta palavra, que bem sabemos, não se resume a uma palavra somente, mas contém em si uma pluralidade de significados e representações de importância ímpar.

3.1.1.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial

Na entrevista Andressa pareceu ser uma pessoa prática e resolutiva. Havia retomado os estudos neste período e estava fazendo um investimento maciço, o que lhe tomava bastante tempo, mostrando-se bastante empenhada com esta retomada.

Andressa vivenciou situações extremamente angustiantes para uma mãe, como a infecção e crise asmática em Diogo, que o deixaram na iminência de morrer. A situação de vê-lo desfalecido em seus braços e o fato de tomá-lo por morto, é visto para a pesquisadora como uma vivência traumatizante. Demonstrou ser uma pessoa enfática ao relatar sua história de vida, tendo uma característica mais destacada, que Andressa identificava como brabeza.

3.1.2. Caso 2: Catarina

3.1.2.1. Síntese do Caso

Catarina é mãe de Edson, um menino que nasceu em 25 de fevereiro de 2001. Na época em que ocorreram as entrevistas ele estava com seis meses de idade. Teve várias internações em decorrência da asma, sendo a primeira antes dos três meses de idade. Catarina tem mais dois filhos, com idades de nove e quatro anos, sendo que seu filho mais velho também teve asma quando pequeno. Trabalha como auxiliar de cozinha em um restaurante, durante seis dias da semana. Desta forma, Edson passa grande parte do dia em uma creche. Nas internações de Edson sua mãe sempre está presente, é ela quem fica com seu filho nos momentos de internação em decorrência da crise, pois segundo ela, é a pessoa que o acalma. Refere que quando seu filho é internado, em nenhum momento ele é abandonado: *“largamo tudo e vamos cuidar, né. Eu pelo menos, largo todo o meu trabalho e ele (marido) quando pode também, então que, dá uma folguinha e ele tá sempre junto”*. É Catarina quem toma conta dos filhos, ela tende a dividir o cuidado dos filhos com o marido somente quando não consegue dar conta e necessita, assim, de um auxílio. O Edson é o centro das atenções em casa e todos se reúnem para brincar com ele. Um dos aspectos que muito evidente na entrevista com Catarina é sua forma de se relacionar com os filhos, e especialmente com Edson, com quem costuma conversar com frequência, a ponto de, segundo ela, conseguir reverter os quadros graves de crise asmática de Edson. Segundo a mãe, Edson *“preenche o vazio da gente”*, ajudando-a esquecer os problemas. Sobre isto ela não quis falar.

A alimentação de Edson é “*normal*”, se alimenta bem e tende a comer de tudo.

A expectativa inicial do casal parental é que nasceria uma menina. No período em que Catarina engravidou de Edson sua vida conjugal estava em crise, o casal vivia brigando, discutindo. Posteriormente isto modificou, houve mudanças sentidas por ela como uma melhora no relacionamento do casal. Estão casados há onze anos.

3.1.2.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

A maioria dos autores e estudiosos citados neste trabalho apontam a importância da relação estabelecida nos primórdios da vida humana na eclosão de fenômenos psicossomáticos. Edson iniciou com manifestações de sintomas asmáticos muito cedo, com aproximadamente três meses de vida. Nesta etapa a criança encontra-se em relação de total dependência de seu cuidador, sua mãe, mais frequentemente. No início da entrevista, Catarina não reconhecia nenhum motivo que justificasse o surgimento da asma em seu filho. Porém, no decorrer da mesma ela identifica o desmame precoce, aos três meses, como um fator desencadeante da asma, ao se referir que as crises iniciaram após este ocorrido, “*ele nunca precisou ir ao médico, né, até os três meses. E depois que eu parei de amamentar ele começou a dar as crises nele, né*”. Catarina conta que também teve dificuldade para amamentar seu primeiro filho, que também teve asma quando bebê (este ponto será destacado no tópico “Situações identificadas como angustiantes maternos”).

Esta associação do desmame e asma de Edson ocorreu a partir da primeira internação de Edson (internação ocorreu pouco depois do desmame), quando passou a associar a falta de alimentação no peito com a doença asmática. Ao ser questionada se sentia culpa, respondeu que achava que sim, até certo ponto “*não, não porque... não que eu não quisesse, mas eu não tinha. E é isso aí que eu me sinto culpada, eu querer e não poder, né, amamentar ele*”.

Comenta que reagiu “*normal*” ao saber que seu filho tinha asma “*porque não adianta, era eu que eu tinha que cuidar dele. Então tive toda a paciência que podia ter*”. As hospitalizações, as crises, “*a gente aceita normal, né*”. Catarina em vários momentos da entrevista responde as perguntas pautando a resposta em um sentido de normalidade. Tal como ao ser dizer que após o impacto da notícia de sua gravidez, a situação se normalizou, “*depois tudo se normalizou, né*”. Outro ponto, que a mim surpreendeu, foi o fato dela pensar que com a vinda de seu filho “*ia ser que nem os outros, a mesma coisa, nada ia muda. Como nada mudou, né*”. Pergunto-lhe surpresa se ela achava que com a vinda dele nada havia mudado, ao que responde: “*não. Que nem como quando tinha só os*

outros, né. A mesma coisa com ele, né. Ainda ele a gente dá mais atenção, né, porque ele, né, precisa mais da gente". Sobre o pós-parto também transcorreu "*tudo normal*", a alimentação dele "*é normal*", no período em que parou de amamentá-lo sua vida "*tava tudo normal*". Acho que na entrevista fiquei com um sentimento de que não havia espaço para o questionamento, para a interrogação. Em algum momento ela comentou que "*quando eu tô lidando com ele mais calma eu preciso ficar, né. É quando eu fico calma*". Isto soou a pesquisadora como um imperativo.

A asma de Edson se manifestou pela primeira vez através de uma gripe, associada a uma febre necessitando, na época, de nebulização. Teve mais de uma internação hospitalar e quase teve internação em UTI. Como já foi citada anteriormente, a forma de comunicação que Catarina mantém com seu filho, ajudou-o a sair das crises de asma.

Nas internações de Edson, sua mãe larga tudo para estar ao seu lado. Registra que "*aceita normal*" a situação da doença de seu filho. Quando está cuidando dele mais calma precisa ficar. Catarina toma pra si os cuidados com a asma de Edson, somente consentindo com que seu marido tome a frente quando está impossibilitada de fazê-lo. As medicações, que são diárias, são administradas por ela. A asma é uma doença que é familiar a Catarina, pois sua sogra e seu filho mais velho tem história de asma. Ou seja, a asma vem da linhagem paterna. Carolina ao cuidar sozinha da asma de Edson, toma pra si os cuidados com o corpo de seu filho, só ela é quem se ocupa deste corpo. Em um determinado momento da entrevista, ao ser indagada sobre como estava seu filho desde que havia saído do hospital, na semana anterior, responde que "*continuamos cada vez melhor*". Parece haver na sua fala um 'colamento' entre mãe e filho, onde não é reconhecida a diferença. Ao ser indagada na terceira pessoa do singular (ele), seu filho, responde na primeira pessoa do plural (nós). O simbólico ali parece não funcionar, ela se identifica com o bebê. Sabe-se que a ilusão de identidade é necessária em uma fase inicial do desenvolvimento humano, tal qual afirma McDougall (1989/1996), criando a ilusão de unicidade, de um corpo para dois. Todavia, ela necessita ser transitória, para que abra caminho para a inscrição simbólica e permita a sua diferenciação da mãe.

Catarina disse que um médico do Hospital Santo Antônio lhe falou que a asma de Edson é em decorrência do uso da fralda utilizada para auxiliá-lo a dormir, ele passa grande parte do tempo com ela (provavelmente seu objeto transicional, que o auxilia a suportar a ausência materna). A fralda seria um fator desencadeante de sua asma. Diz que já tentou tirar "*de vereda*", mas ele fica agitado. Tentou tirar de "*vereda*", assim como o fez com o peito. Acredita que Edson requer mais atenção devido a sua asma, os outros já não necessitavam tanto, pois eram mais sadios.

Uma das características apontada pelos autores no que diz respeito à criança asmática é que esta se desenvolve em um ambiente familiar superprotetor, onde há uma proteção desmedida, pautada por uma relação de exclusividade com a mãe. No caso de Edson parece existir por parte de sua mãe um cuidado limitado a sua alçada, o pai entra a partir da autorização materna, sendo que ela detém o controle sob os cuidados necessários a manutenção de sua saúde física. É somente ela, e não o pai, quem ‘administra’ os medicamentos para a asma. É ela quem cuida da saúde do corpo. Porém, para o corpo não naufragar psicologicamente é necessário que os cuidados maternos e paternos transcendam a ordem da necessidade. Tal qual fundamenta McDougall (1989/1996), ao escrever que se a mãe não fizer o distanciamento necessário, não reconhecer a diferença entre ela e seu filho, sua atitude poderá predispor em seu filho manifestações psicossomáticas graves.

A asma de Edson surgiu após haver um corte na alimentação materna que vinha recebendo. Neste momento sua mãe faltou para ele, faltou naqueles momentos de contato íntimo, quase visceral, e que davam continuidade a sua existência para além de sua vida interina. Ficou hiato, uma falta, possivelmente um buraco que não foi preenchido de forma continente neste momento de abismo em que se encontrava. Isto não significa que a falta de amamentação no peito provoca asma no bebê. Porém, estamos falando de um universo circunscrito a Edson, portanto, singular, e que foi tomado via materna como agente causador do fenômeno asmático. Estamos falando também da posição fantasmática dos pais. Arelado a isto está o histórico familiar no que se refere à asma, onde há o precedente da manifestação desta doença em seu irmão mais velho, quando este também era bebê.

Pode-se pensar que o surgimento de um fenômeno asmático é uma forma de expressão de que algo não anda bem. Segundo McDougall (1989/1996) as manifestações psicossomáticas, como é considerada a doença asmática, são movimentos em busca da cura de si mesmo. É possível, a partir desta ótica, pensar então que esta foi a via encontrada por Edson de mostrar ao seu mundo, a mãe, naquele momento, que algo com ele não estava bem, havendo algo em seu mundo que tinha lhe sido retirado e que o colocava em situação de abalo psicossomático, ou seria ‘abalo psicoasmático’?

A partir de um descompasso na díade se instalou também um descompasso, um ‘fora de passo’ no seu mundo respiratório, e que passou a balizar a relação com sua mãe. A asma reside em uma dificuldade de respirar, mais precisamente expirar, colocar pra fora, semelhante a uma forma de sufocação. Esta também é a forma bastante representada do universo familiar do paciente asmático, isto é, sufocante. Os cuidados que o paciente asmático requer, e principalmente um bebê asmático, onde a mãe precisa decodificar a doença, entender com outros ouvidos, ver pra além de sua percepção consciente as manifestações de seu filho, a colocam em um circuito onde há, muitas

vezes, uma presença materna massiva. Talvez alguns excessos maternos excederam as condições de Edson suportar este investimento maciço que sua mãe lhe direcionava.

No caso de Edson a mãe fala que larga tudo para estar ao lado de Edson. Neste caso, largar tudo significa largar o trabalho, o marido, seus outros filhos. Nos períodos de internação (Edson já ficou quatorze dias internado) ela mantém-se constantemente ao seu lado, se ausentando somente quando requer fazer a higiene pessoal, tomar banho, etc, se afastando, assim, somente por determinado período.

3.1.2.3. Lugar do pai no discurso materno

No que diz respeito à participação do pai nos cuidados de Edson há um monitoramento materno, que não permite a Ramiro que tome iniciativa nos cuidados com seu filho. É ela quem determina de que forma serão distribuídas as tarefas que dizem respeito ao filho, apesar de dizer que há uma combinação: “... *a gente combina, né. Por exemplo, né, se o mamá dele eu não posso arrumar ele arruma, né. Troca a fralda. Se eu não puder ele faz. Agora, se eu puder, daí é só comigo*”. Pergunto se nestas circunstâncias o pai não toma a iniciativa, ao que responde: “*eu sou uma mãe que não deixa daí... não deixo que ele toque no guri se eu tiver, se eu não tiver fazendo alguma coisa*”.

O pai de Edson, Ramiro costuma auxiliar a mãe nos momentos de internação do filho. Segundo Catarina seu marido, ao saber da doença do filho procurou “*manter sempre a calma e conversar... em nenhum momento a gente abandona ele, né, assim de dizer que não pode cuidar ele. Largamo tudo e vamo cuidar, né. Eu pelo menos, largo todo o meu trabalho e ele quando pode também, então que, dá uma folguinha e ele tá sempre junto*”. Ramiro trabalha como auxiliar de depósito, e parece que também como auxiliar materno.

Nos momentos de internação no hospital o pai cumpre o lugar de suprir a falta deixada pela mãe, assim, ele entra para ‘tapar os furos’, onde a mãe não consegue se fazer presente. Ele a substitui quando ela tem que ir para casa tomar banho, trocar de roupa, quando não consegue realizar ela mesma estes cuidados. A função do pai é ser ajudante materno, somente naquilo em que é solicitado a fazê-lo. Cabe ressaltar aqui um aspecto bastante evidenciado no que diz respeito à dinâmica psicossomática, onde a função paterna, que possui a função de lei, de fazer corte na relação dual estabelecida entre a mãe e seu bebê, encontra-se fragilizada. McDougall (1989/1996) observa uma deterioração da imago paterna no mundo simbólica da mãe e da criança. Ora, se é a mãe quem

apresenta o pai ao filho, a imagem do pai que será ofertada pela mãe irá direcionar de modo bastante significativo a sua internalização. Sendo assim, um pai que se coloca na posição de ‘mamãe eu posso ir?’, como tudo indica ser a situação de Ramiro, não é um pai que tenha a força de romper de forma eficaz com este laço primário, pois não é reconhecido como potente para tal. Segundo Guir (1987/1990), uma falha na função paterna pode instituir o fenômeno psicossomático.

Um dado bastante curioso no que se refere às características paternas reconhecidas pela mãe, ele é considerado por ela “*durão*”. Este traço de personalidade que ela lhe atribui assume, por vezes, características positivas, dizendo que “*em um momento eu acho que é bom, né. Mas tem horas que ele exagera*”, “*numa hora ele é um super pai, né. Outras horas ele é meio durão*”, em outras, lhe desagrada. O que diferencia uma mãe de um do pai é que o pai é duro, ou seja, na relação estabelecida da criança com seu filho, desde sua concepção, há um distanciamento psíquico e corporal que não ocorre com a mãe. Por isto ele normalmente ocupa o lugar de ser mais duro e firme na dinâmica familiar que a mãe. Assim ele pode fazer cumprir a lei paterna. Ser durão, neste caso, também o representa por dizer respeito a sua linhagem, a transmissão de um nome, pois se trata de seu sobrenome: Durão. Sobrenome este que também pertence a seu filho, o qual carregará consigo para as futuras gerações. Ou seja, o nome é há algo que transcende a morte do pai.

Catarina parece oscilar no reconhecimento deste pai, tanto no que diz respeito ao referido anteriormente, ao considerar, conforme as circunstâncias, a dureza da lei como sendo algo necessário e em outros momentos, como desnecessária. Ela também reconhece como qualidade paterna o investimento afetivo que ele dedica a Edson. Costuma brincar todos os dias com seu filho, o Edson é o centro das atenções e a família costuma se reunir ao redor dele para brincar. Fala que “*a gente (ela e o marido) deixa tudo pra brincar com ele, dá atenção pra ele*”. Acrescenta que quando Ramiro brinca, ele vira uma criança, “*se ele tá com as crianças ele vira uma criança*”.

Na relação do casal há uma divisão de papéis cabendo ao marido ser aquele que repreende, que chama a atenção, enquanto Catarina parece ficar na posição de ‘conversar’ com seus filhos, delegando a ele o lugar de repreender os filhos. Ao se referir ao fato de seus filhos lhe prometerem fazer algo e não cumprirem diz que, se não cumprem, “*daí eu falo pra ele, pro pai deles e daí o pai deles chega e...*”. Os lugares que cada um ocupa na dinâmica familiar parecem estar já estabelecidos.

A escolha do nome do filho foi de Ramiro devido a uma combinação anterior: a mãe escolheu o nome do filho e o pai da filha, e a combinação atual era: se fosse menino ele escolheria, caso fosse menina, Catarina escolheria o nome. Também identifica traços físicos do pai em Edson.

Catarina reconhece que, às vezes, quando Edson está choroso e ela não está por perto, a conversa do pai também o acalma e seguidamente ele o pega para ir passear, acalmando-o.

Sobre o relacionamento afetivo do casal, Catarina fala que nos primeiros cinco anos de casamento a vida deles era boa, a partir daí viviam discutindo assiduamente. As informações sobre o seu relacionamento tendem a ser dúbias, deixam lacunas ou são contraditórias. Um exemplo, ela coloca que, *“até cinco anos... a gente viveu bem, né. Ai depois a gente começou ter as discussões mas não... era lá de vez em quando, né. Ai há... há oito anos atrás a gente brigava freqüentemente. E aí, não faz bem um ano é que a gente começou a se acertar de novo”*.

Reclamou que em determinada época ele não ajudava em casa, dormia fora e não dava atenção aos filhos. Esta situação se manteve até a gravidez de Catarina, e a menos de um ano a situação modificou. Ramiro ficou dois meses morando em outra cidade, onde residia sua mãe, e esporadicamente vinha em casa. Este período Catarina negou que se tratasse de uma separação, *“a gente nunca se separou... a gente brigava, discutia, mas sempre táva junto”*. Acrescenta que após este período ele retornou *“definitivamente mudado”*, no entanto, ela não sabe o que aconteceu para esta transformação. Ela o indagou, mas nenhuma palavra por ele foi pronunciada para explicar sua mudança. Catarina se surpreendeu com a mudança de Ramiro, achando que ele está mais participativo, melhor que antes, no início do relacionamento do casal. Começaram a se acertar de novo.

Parece que faltam palavras. Há algo não dito. Sobre a mudança repentina do marido *“eu conversei, mas ele nunca me deu a resposta, né. Perguntei porque ele voltou, né. Ele nunca me respondeu, né. Pra agir assim, né”*. Como se a palavra não tivesse muito peso, as palavras parecem, às vezes, prescindir da ordem da linguagem, nem sempre são tomadas como pela via representativa.

3.1.2.4. Situações identificadas como angustiantes maternos

Ao falar sobre a importância de estar com seu filho e o prazer obtido nas brincadeiras cotidianas, Catarina ‘deixa escapar’ em sua fala, que *“ele preenche o vazio da gente”*, lhe pergunto sobre o que fala, *“que vazio é este?”*, o qual responde: *“a gente sempre tem problemas, né, e então pra disfarçá os problema então temo ele junto com nós, né. Demo atenção pra ele e que daí a gente esquece...”*. Escrevo ‘deixa escapar’ porque saiu sem ela perceber, e ao dar-se conta que o rumo tendia para os disfarces que usava para mascarar seus problemas, ela então descerrou a cortina, como que finalizando um ato cênico, dizendo que *“não”* gostaria de falar sobre estes problemas. Catarina

diz que a presença de seu filho “*ajuda, e muito*” a amenizar seus problemas. Parece que sua fala descortina o lugar de destaque que seu filho tem na sua vida psíquica. Tal como escreve Andrade (1998), o sujeito asmático ocupa um lugar na configuração familiar, de responder a algo que os complete. Para Catarina possivelmente não é diferente, Edson tampona, recobre o “*vazio*” que lhe assalta. Por isto a presença tão excessiva que não lhe permite descolar de seu filho, de tomá-lo na trama familiar em um lugar destacado, diferenciado.

Reconheço que os dados obtidos através da entrevista quase não permitem formular hipóteses acerca das contingências de sua vida infantil. No entanto, a forma predominante na dinâmica com seu filho e as lacunas simbólicas existentes permitem aludir ao que Mannoni (1982/1986) destaca, que, as possibilidades da mãe exercer a função materna terá relação com a forma que lhe instrumentalizaram. Em outras palavras, diz respeito à forma que Catarina foi maternalizada enquanto bebê, conseqüentemente, aos recursos simbólicos que dispõe e que foram inscritos por intermédio das figuras que lhe fizeram as funções parentais.

O desmame precoce de seu primeiro filho, também é uma vivência significativa que compõe a história de Catarina. Trata-se de uma experiência onde houve a interrupção da amamentação aos quatro meses e meio. Catarina teve com seu primeiro filho, quando amamentou até os quatro meses e meio e então teve que fazer uma cirurgia nos seios, que haviam infeccionado. A infecção, conforme Catarina surgiu em decorrência do excesso de leite: “*tinha muito leite e ele não vencida*”, chegando a empedrar. O que será que seu filho não conseguia vencer? Parece que há uma luta entre mãe e filho, uma luta que parece vencida pela mãe. Seu leite empedra e o leite, que pode tornar-se um importante veículo de comunicação entre a mãe e seu filho, cessa. A partir daí terão que fundar esta relação em outras bases. Vale ressaltar que este filho também teve asma em uma infância precoce. Catarina chega a se equivocar com o início dos sintomas da asma em seu primeiro filho, primeiro diz ter sido aos onze meses e depois fala que foi aos nove meses que os sintomas se manifestaram pela primeira vez. Este filho teve asma até aos sete anos, quando as manifestações desapareceram.

Catarina teve três filhos, e destes três, os dois meninos tiveram asma e foram desmamados precocemente por ‘problemas no corpo’. Sua filha foi amamentada até os seis meses de idade e posteriormente teve que realizar o desmame em função do seu retorno ao trabalho e da ida de sua filha à creche: “*mas dela eu nunca tive nenhum problema assim, de... de diminuir o leite, de secar, nada*”. Isto se deu somente com seus filhos homens. O que implica vencer? Será possível pensar que se trava aí uma luta com o que é da ordem do masculino?

Este episódio parece dar sentido a sua impossibilidade de manter a materialidade do leite de Edson e pode ter sido um fator promotor de ruptura deste canal de proximidade maternal e filial. Indo adiante na cadeia associativa, é possível pensar que ela se identifica com seu bebê, reatualizando a vivência do próprio nascimento. Porque relacionar com sua vida primordial? Carolina é uma mãe que parece ter carências simbólicas que incidem diretamente no seu exercício da maternidade. Tem uma relação que tende a não permitir a inscrição da diferença, então toma para si os cuidados do filho de modo a não dividi-lo. Desta forma, não permite que seu filho se estenda para além de si, que complemente em outros espaços a função materna. Assim, Edson fica transitando fundamentalmente no domínio da mãe. Sendo assim, a dificuldade de diferenciar lugares parece fazer com que a identificação aconteça. Isto parece se repetir com o segundo filho homem (ver no tópico “Outros aspectos da dinâmica entre Catarina e Edson”).

3.1.2.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce

Molina (2001) escreve que o bebê necessita de uma inserção no universo familiar, e o faz através do psiquismo dos pais, onde será tomado pelos significantes familiares. Edson a partir da percepção materna apresenta um traço que ela identifica como algo pertencente ao pai de Edson. Reconhece nele uma característica: “*nervosinho*”, o qual prontamente associa à Ramiro: “*se irritarem ele, ele fica bem nervosinho, né, igual ao pai*”.

Esta característica é associada somente ao pai, Catarina não identifica de forma consciente este traço como também sendo seu. Porém, Catarina conta, ao ser indagada por lembranças de sua infância precoce, que seus pais diziam que ela, até os dois anos de idade desmaiava com a frequência de até três vezes por semana. Posteriormente estes episódios ocorriam somente quando ficava nervosa: “*daí depois com o tempo foi passando daí e só quando eu ficava nervosa também*”. No entanto, não consegue dizer o que lhe deixava nervosa. Lembra que na época de colégio os desmaios ocorriam em situações onde havia um confronto físico; nas brincadeiras, quando se “*pechava*” ou “*quando as vezes eu caía, eu me batia, eu aí desmaiava*”. Estas ausências não tiveram, segundo ela, uma causa identificada. Fala que naquela época, no interior, não costumavam levar ao médico. É algo que permanece uma incógnita. Esta informação parece ser uma vaga lembrança em sua mente.

3.1.2.6. Outros aspectos da dinâmica entre Catarina e Edson

Conforme apontado anteriormente, a mãe e o pai concebem seu filho a partir de seus imaginários, onde este tem um lugar privilegiado nas fantasias parentais. No presente estudo, Edson se apresentou, em um primeiro momento na vida mental de seus pais, sob a forma de um susto, pois sua gravidez não foi programada. A mãe diz que no momento em que soube da gravidez “*foi meio assustador*”. Jerusalinsky (2001) assinala que o nascimento do sujeito é posterior ao momento em que foi concebido. Edson passa a partir de um susto a ser tramado na rede significativa que compõe seu grupo familiar. Entra então, via discurso, neste circuito familiar. A partir daí está lançado neste universo familiar, onde o fator econômico foi a justificativa dada por Catarina para dar conta do impacto da notícia: “*a gente é pobre*”, mas depois “*tudo se normalizou... quem cria um cria dois*”.

No momento da concepção de Edson o casal vinha passando por dificuldades no relacionamento afetivo, viviam brigando. Esta situação se manteve em grande parte da gestação de Edson. Somente depois do ‘susto’ é que o casal pode começar situar o que representava a vinda deste novo filho: “*depois tudo se normalizou... nada ia muda, como nada mudou*”. Catarina relata que a chegada de Edson em nada modificou, permanece igual, “*que nem quando tinha só os outros*”. Todavia ressalta que ele é uma criança, que, diferentemente de seus outros filhos, requer mais atenção.

Comenta que seu filho ficou traumatizado devido às intenações e que necessitava, nesta época, ter seu sangue retirado e que isto era doloroso, ele já compreendia. Neste período, toda a aproximação feita em sua direção o fazia chorar e somente Catarina o tranquilizava, conversando com ele. Quando uma criança pequena como ele é internada tende a necessitar de uma série de profissionais para atendê-lo. Kreisler (1978/1981) alude a importância da permanência de objeto para seu desenvolvimento e sua constituição psíquica. No caso de Edson, soma-se a isto o fato de ter, segundo a mãe, se traumatizado devido às conseqüências de sua internação. Refere que no hospital ele tinha um sono tranqüilo, que se tornou agitado por poucos dias (três), ao retornar para casa, após um período de internação de 14 dias. Acredita que ele ficou traumatizado, com pavor das “*tia*” de branco, pois freqüentemente ele tinha seu sangue retirado pelas auxiliares de enfermagem. Após curto período seu sono voltou a ser tranqüilo.

Ao ser indagada quanto ao fato de haver se confirmado as expectativas que tinham em relação ao Edson, Catarina afirma positivamente. No entanto, posteriormente ela revela que tinha esperança de que seu filho nasceria sadio, o que, segundo ela, não se confirmou: “*esperava que ia*

nascer sadio, né”. Parece não existir para Catarina, nesta afirmação, um intervalo temporal entre seu nascimento e o surgimento dos primeiros sintomas, identificados mais tarde como sendo de asma. Sabe-se que as condições imunológicas são adquiridas nos primeiros meses de vida do ser humano. Assim sendo, neste período de vida a criança está formando suas potencialidades de defesa e sujeita às adversidades da vida. Pode então, não nascer, necessariamente doente, e sim, vir a desenvolver alguma doença no decorrer de seu desenvolvimento.

Catarina relata que a partir da primeira internação de Edson, pouco tempo após parar de amamentá-lo no peito, começou a pensar que poderia ter alguma relação à fragilidade de sua saúde com o fato de ter deixado de amamentá-lo. Diz sentir-se, até certo ponto culpada: *“não que eu não quisesse, mas eu não tinha. E é isso aí que eu me sinto culpada, eu querer e não poder, né, amamentar ele”*. Neste ponto, parece ser oportuno ressaltar a diferença entre querer e desejar amamentar. O querer está atrelado a uma ordem social, onde estão em jogo questões morais, de dever. O desejo remete a questões inconscientes, que no seu conteúdo podem conter adversidades e contradições. Catarina relata que amamentou Edson até os três meses, e depois *“simplesmente secou meu seio... eu dava, dava, dava pra lê e ele só chorava de fome”*. Seu leite foi diminuindo aos poucos e em quinze dias, já não tinha mais. *“Não que eu não queria, mas eu não tinha, né”*, fala ao responder se a falta de leite a havia preocupado. O seu discurso parece desvelar sua ambivalência frente à amamentação de Edson, sua fala, *“não que eu não queria”*, *“não que eu não quisesse”* parece dizer sobre algo que ultrapassa suas condições subjetivas de ofertar seu leite a Edson. A ambivalência parece remeter, como já foi desenvolvido anteriormente, a reedição de seu nascimento.

Catarina reconhece a importância da amamentação com o leite materno, informações bastante difundidas no meio social. Porém, há um impedimento que inviabiliza sua continuidade, o leite seca e este veículo de comunicação tão importante nos primeiros meses de vida entre mãe e filho cessa. Rompe-se este circuito que, conforme Bergés e Balbo (1996/1997), atrela a alimentação nutricional do leite à alimentação das palavras maternas. E conforme citado neste trabalho, isto ocorreu com dois de seus filhos. A amamentação no peito repercute de forma múltipla na díade mãe e bebê, e conforme Jerusalinsky (1984), proporciona satisfação e prolonga a continuidade corporal, e, através do esvaziamento da glândula mamária, há para a mãe um alívio de tensão e promoção, ao mesmo tempo, no aumento da produção de leite. Este contato corporal faz com que a mãe oferte ao seu filho mais do que simplesmente uma alimentação, ela lhe fornece o dom materno, que ultrapassa o limiar da necessidade, das condições básicas para sua sobrevivência, recheando-o de investimentos maternalizantes que promovem sua capacidade simbólica.

No caso de Edson e sua mãe, houve um rompimento deste vínculo corporal, parecendo que esta ruptura não passou sem efeitos para Edson, pois adoeceu logo após o afastamento do peito materno. A asma pode ter surgido como uma manifestação de que este rompimento pode ter sido recebido por Edson como algo excedente a sua capacidade de suportabilidade. Sua mãe, devido a sua ambivalência, reconhece um parcial sentimento de culpa em decorrência da falta de leite. Assim, vivencia esta experiência como ‘faltando enquanto mãe’, se culpando por não conseguir suprir a função materna do aleitamento. Guir (1983/1988) desdobra a dinâmica que está em jogo nos fenômenos psicossomáticos em três tempos: primeiro uma separação violenta de um ente querido na infância; segundo, há uma repetição, uma reedição desta separação na realidade e terceiro, que o surgimento da lesão ocorre após um ano desta repetição. Vou me deter mais na separação ocorrida na infância, pois o autor salienta que esta se situa mais freqüentemente no período de amamentação, quando o outro materno o demanda e ele responde ao nível da necessidade, produzindo, neste momento, uma impressão como indução significativa. Parece que se trata então, da produção de uma cristalização significativa, possivelmente o que deve ter ocorrido com Edson.

Uma das funções maternas é proporcionar uma continência suficiente para apaziguar as insatisfações que o filho vivencia, proporcionando-lhe bem-estar e alívio as suas tensões. Segundo o relato de Catarina é somente ela quem consegue acalmá-lo, tranquilizá-lo. Em outro momento reconhece que o pai, quando ela não está, também o acalma. E o faz através do diálogo que costuma manter freqüentemente com Edson, desde pequenininho. Costuma conversar bastante com seu filho, o que, conforme conta, já evitou com que ele fosse internado na UTI. Acredita que uma forma que tem para ajudá-lo é conversando, dizendo a ele que tem que sair da situação em que se encontra, precisa melhorar, que tem que sair das crises, que está ao seu lado, que o ama. Molina (2001) escreve que a voz materna possui uma função organizadora para o bebê, e isto evidencia a receptividade humana para que sejam iniciados os enlaces significantes.

Entretanto, a voz materna pode cativar duplamente: no sentido de envolver e se deixar envolver; e também, prender e se deixar prender, ficar cativo, tomado, alienado. Pode aprisionar como também libertar. Na relação estabelecida entre Catarina e seu filho esta forma de comunicação é bastante utilizada pela mãe. Ela, às vezes, fala com e para ele, e desta forma o enlaça no seu discurso. Afirma também que é através desta forma comunicacional que é possível a ela identificar quando Edson está realmente doente, pois o efeito de sua fala sobre Edson lhe fornece um indicador sobre sua saúde ou doença. Diz que se Edson está choroso, amolado, e ao conversar com ele e não conseguir acalmá-lo, fazer com que pare de chorar, isto é um sinal de que ele está realmente doente.

É possível identificar através de seu relato, a dupla vertente em jogo. Por um lado exerce sua influência conseguindo aplacar sua angústia, seu sofrimento. Sob outro aspecto, ao lhe falar “*meu filho, tu tem que reagir, a mãe tá do teu lado, tem que te dar força, né. E ele começou a, sabe, a passar toda aquela crise dele. E aí eu cheguei e pedi pra elas fazerem aspiração nele, e ela não precisou fazer*”. O que Catarina lhe diz? Neste caso, ela fala dela pra ele, isto não é língua materna. A língua materna envolve a criança em um ordenamento significante, toma-a no circuito pulsional e possui relação com a possibilidade de interpretar e traduzir o mundo para seu filho, por seu intermédio. Na sua fala passou a pesquisadora algo de um poder muito grande, um certo controle sobre seu filho, conseguindo, através da fala, demarcar seu espaço e servir como ponto de referência para identificar se seu filho padece fisicamente ou não. Pode ser uma forma totalizante de agir sobre seu filho que não possui os recursos simbólicos necessários para lidar com situações que lhe são aflitivas, pois se encontra em uma fase de completo assujeitamento ao domínio materno. Será possível pensar, neste caso, que há uma passagem, uma substituição que articula amamentação e voz, tomando-os como veículos passíveis de transitar dentro dos limites do universo materno?

Ainda no que diz respeito à voz materna e a comunicação de Catarina com seu filho, há o reconhecimento por parte dela de que seu filho lhe demanda, percebendo seus movimentos que expressam seu enlaçamento na cadeia de comunicação que se estabeleceu entre mãe e filho. Ela, portanto, acredita na intenção de seu filho de se comunicar e de se fazer entender. Catarina decodifica e dá sentido às manifestações de Edson: “*ele também quer pegar pra ver. Quer tocar, quer descobrir*”, ou seja, outorga um sentido que transcende a pura manifestação de comportamento, há um componente de curiosidade, de interesse que é atribuído a Edson. Todavia, nem sempre é assim.

Em relação aos outros movimentos comunicativos de Edson, Catarina aponta que lhe chama sua atenção os brinquedos de Edson, ao esclarecer que está se referindo aos gestos que Edson faz. Diz que aos seis meses ele já começa a falar, “*muita coisa ele já quer dizer: papai, me dá, sabe. Ele já imita*”. Fala que ele tenta pronunciar e falar estas palavras. Catarina já identifica algumas palavras de forma mais clara: “*bum-bum*”, “*mamãe*” (ao chorar, ele chama por ela) e estas palavras “*quase já dá pra gente identificar, né, que ele chama mãe*”. Quando ele a solicita, Catarina costuma a estimular Edson iniciando um diálogo, conversando com ele: “*a mãe tá aqui, o que tu quer?*” Tende a identificar as cores, mostrar os objetos a ele e tem como resposta seu interesse pelo que lhe mostra, lhe fala: “*ele também quer pegar, pra ver. Quer tocar, quer descobrir*”, ficando atento aquilo que Catarina lhe fala. Catarina identificou como a primeira iniciativa de Edson para se comunicar com

ela uma resposta dele frente seu ensinamento, ensinou-lhe a dar beijinhos: “*eu digo beijinho e ele dá beijo. Aí dá pra entender, né*”.

Ao ser indagada como lida quando Edson está com cólica, mal-estar, chorando ela aponta que quando ele está com cólica leva-o ao médico. Normalmente o primeiro passo é tentar conversar com ele, na tentativa de tranquilizá-lo. Todavia, caso ele esteja doente, a conversa não o acalma e isto é um diferencial para Catarina poder identificar se Edson está doente: “*se ele não tá doente, ele se acalma, daí ele vai brincar. Mas se ele estiver doente, aí ele não se acalma*”.

A relação existente entre uma mãe e seu bebê transcende a esfera biológica e é pautada por uma riqueza de significados fornecidos, inicialmente pela mãe a seu filho. A partir daí a criança toma emprestado este mundo de significações ofertado por sua mãe e passa a recheiar seu mundo, até então vazio de significados, por esta visão de mundo que ela lhe oferece. Isto será mais rico, conforme melhor forem as condições maternas de promover sua saúde psíquica. E uma das formas de desenvolver o viver criativo de uma criança reside na sua capacidade de brincar, sua forma de conhecer e descobrir o universo circundante em uma fase tão temprana. Catarina e sua família, segundo relata, se reúnem em torno de Edson para brincar com ele, sendo que para Catarina, o momento da brincadeira com seu filho aquele que mais lhe dá prazer, o que mais gosta de fazer com ele. Esta atividade, que é metafórica e, portanto, simbólica, é também um momento de integração da família.

3.1.2.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial

Na entrevista Catarina mostrou ser uma pessoa de poucas palavras, com respostas mais curtas e com poucas minúcias. O filho Edson é o centro de suas atenções, cabendo somente a ela estabelecer quem e como devem ser realizados seus cuidados.

Catarina pareceu ser uma mulher que batalha para possibilitar a seus filhos condições econômicas mais favoráveis. O que mais se destacou à pesquisadora foi à percepção de Catarina frente às vicissitudes de sua vida, as quais, em grande parte eram por ela consideradas pertencentes ao curso normal: a alimentação era “*normal*”, sua reação ao diagnóstico de asma de Diogo foi “*normal*”, aceitava as hospitalizações e as crises asmáticas de seu filho de forma “*normal*”, no período em que parou de amamentá-lo e que decorreu sua primeira crise de asmática estava “*tudo normal*”, etc. À pesquisadora pareceu que o ‘excesso de normalidade’ encobria o não dito, não abrindo, portanto, espaço para indagações.

3.1.3. Caso 3: Mariana

3.1.3.1. Síntese do Caso

Mariana é mãe de Gustavo, um menino com onze meses de idade na época da realização das entrevistas. A família é composta por Mariana, Leonardo, o pai, Aline, um ano e oito meses mais velha que seu irmão Gustavo, e que, portanto, tinha dois anos e sete meses quando ele nasceu.

Eles moram em uma casa localizada nos fundos do terreno da casa da avó materna. No início chegaram a residir com a mãe de Mariana, posteriormente construíram sua própria casa.

A gravidez de Gustavo não foi programada, diz que não o esperavam, que foi uma surpresa. Estava tomando um remédio para não secar o leite, pois sua filha tinha um ano de idade e estava amamentando no peito. Diz que nesta troca de remédio ficou “*desregulada*” e então engravidou. Comenta que soube que estava grávida somente após estar com cinco meses de gestação e que nos dois primeiros meses ainda estava com ciclo menstrual. Desta forma, o acompanhamento médico somente foi feito em quatro ou cinco consultas. Surpresa também foi o sexo do nenê, porque os pais pensavam que fosse uma menina.

Gustavo nasceu de parto normal e Mariana relata que sua preocupação na época de sua gestação era com sua filha, a considerava pequena e pensava que teria que prepará-la para a sua ausência no momento do parto, quando fosse ir para o hospital.

Nesta família, todos os integrantes têm histórico de asma. Os pais e os dois filhos. Na família de Mariana, além dela, seu pai, sua avó e duas irmãs. Na família de Leonardo ela diz não saber quem mais tem asma, mas sua fala parece indicar que há outro(s) familiar(res). As crises de Gustavo iniciaram quando ele tinha três meses, e assinala que são freqüentes e longas como eram as suas crises. Mariana acredita que a asma em Gustavo surgiu em decorrência do fator hereditário.

Gustavo passa a maior parte de seu dia com a avó materna, que segundo Mariana, deixou de trabalhar em função de problema de saúde e para poder acompanhar o desenvolvimento de seu neto. A avó sempre quis ter um filho homem, todavia, foi mãe de cinco mulheres.

Mariana comenta que gosta de conversar com seu filho e que costuma fazê-lo quando chega em casa à noite. O Leonardo também tem o hábito de brincar com seu filho todos os dias e que seu filho é mais apegado com o pai do que com ela. Nos finais de semana Mariana costuma levar seus filhos para passear, freqüentemente para ver animais no parque, pois acredita que isto é importante para eles e acrescenta que a maioria dos brinquedos de Leonardo é bichos.

A relação de Leonardo e Mariana pareceu à pesquisadora não ser pautado por um investimento amoroso, e sim, por uma situação circunstancial, sendo próxima de uma amizade. A rotina deles é bastante singular, pois, pelo menos duas vezes por semana, ele deixa de dormir em casa para dormir na casa de sua mãe, isto quando esta não o solicita para dormir lá mais vezes na semana. Se ela o fizer, ele a atende. Esta situação incomoda a Mariana, mas pareceu que não com intensidade. A preocupação de Mariana parece se deter mais nas possíveis intrigas que a sogra poderia fazer contra ela do que na ausência do marido.

Leonardo, conforme Mariana, é um bom pai. Ele tornou-se pai pela primeira vez muito cedo, estava com dezessete anos na época. Mariana afirma que a paternidade o fez amadurecer, pois era muito imaturo naquele período.

3.1.3.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

As crises asmáticas de Gustavo sempre iniciam da mesma forma, com tosses. Sua mãe conta que ele nasceu tossindo, de acordo com ela *“ele não nasceu chorando, ele nasceu já tossindo, por causa que não deu tempo de desligar o ar da sala. Foi, foi muito ligeiro, né, o parto, então não deu tempo, ele nasceu meio que tossindo”*. Após nascer, em torno de quinze minutos depois ele foi para o aquecimento. Diz que esta tosse continuou na segunda noite, deixando-o bem ruim, e o acompanhou mesmo quando que deixou o hospital: *“nós fomos pra casa, não vou dizer que ele foi ruim, porque se tivesse muito ruim né, que ele não iria pra casa, ele ia ficar, mas ele tinha uma tossezinha assim sabe. Aí eu... mais um com um pontinho de asma, né. Porque eu sabia que...”*. Ao ser indagada se desde esta tosse de Gustavo havia associado com a possibilidade de asma, respondeu *“ahra, eu disse ó (como se estivesse assinalando, no momento em que ele tossiu, uma associação com a asma)”*. Desde a primeira visita ao médico, uma semana após o nascimento de Gustavo, iniciou um tratamento medicamentoso para sua tosse. A mãe queixou-se do médico não ter prescrito medicamento já no momento que ele saiu do hospital com tosse. Mariana conta que na consulta pré-natal o médico lhe falou que seu filho poderia vir a ter asma em função da história familiar. Ela conta: *“daí o médico já disse que poderia ter, né, que eu tinha que cuidar, né. Que na hora do nascimento tu não vê, mas eles disseram. Mas daí no depois...”*. Curioso que foi justamente aquilo que não era possível ser visto, que Mariana viu quando Gustavo nasceu. Ela viu que ele nasceu tossindo e nesta tosse ela identificou *“mais um com um pontinho de asma”* e é através da tosse que consegue identificar quando seu filho iniciará mais uma crise. A tosse remete a história de Gustavo

desde seu nascimento, trata-se de um traço que o identifica à família. É um significante que sinaliza o surgimento da crise asmática. É um significante que se articula ao significante da asma. Mariana, no lugar de dar ao Gustavo o ponto de partida, que possibilitasse a ele ter plantada sua semente de autonomia, faz uma referência no real do corpo, situando um ponto neste corpo, um ponto de asma, envolvendo-o nesta trama familiar.

Este “*mais um com um pontinho de asma*” remete ao universo familiar ‘asmático’ que ajuda a compor a trama ou será, drama familiar? A asma é um significante familiar, e neste caso, parece compor parte desta história familiar. Na família nuclear de Gustavo, todos seus familiares têm história de asma. Além destes, o avô paterno, duas tias por parte de mãe e parece haver familiares da linhagem paterna também. Porém, somente foi feita alusão a esta possibilidade, não foi confirmada: “*ele e não sei mais quem...*”. A irmã de Gustavo parece ter asma desde bebê também, pois afirma que em relação à asma de Aline “*desde o começo eu sabia, né*”. Esta questão é colocada logo após ter comentado que a asma de Gustavo demorou três meses para acontecer e associada ao fato de que ficar sabendo com antecedência ajuda a minimizar os efeitos da doença. Comenta que “*com três meses que deu a verdadeira crise de asma nele. Aí que deu pra ver que ele tinha, mas ele já tinha tosse. Eu dizia pro médico, doutor ele nasceu ele tomou só o remedinho e deu. Porque eu acho que se procurasse um pneumologista desde o começo, ele não taria assim num grau tão grande já. Porque hoje ele tem mais do que ela*”. Será possível pensar que havia um saber da qual ela não tinha consciência, e que veio se confirmar a partir da ocorrência “*da verdadeira crise de asma*” no Gustavo?

Ela segue dizendo que com Aline “*desde o começo eu sabia, né. Ela, né. Por causa que ela nunca foi. Ela já tava mais ainda por causa dele. Ela vê ele e ela fica doente de ver ele, né*”. Para ela, o desencadeante maior de crise é a manifestação da asma do irmão, porque segundo Mariana, Aline é muito apegada ao irmão, o protege, o cuida. “*Ela não quer que nada aconteça com ele, nada, né. Tudo o que ela puder evitar que cheguem perto dele, ela evita. E isso é ruim né, também. Porque daí ela fica doente... Ela adocece. Ninguém pode ficar doente nenhum dos dois, porque alguém fica doente deles, quem não tá fica*”. Mariana acha que a filha tem um cuidado excessivo com seu irmão, e este cuidado é visto pela mãe como uma forma de proteção. Todavia, pensa que é responsabilidade demais para uma criança, e por isto tomou a atitude de deixá-los distantes espacialmente, colocando-a na escolinha enquanto ele fica com a avó em casa. Fala que não compreende o zelo demasiado de Aline: “*até hoje eu não sei, do jeito, ela quer proteger ele, e eu boto ela com outras crianças ela não quer ficar, quer saber aonde ela anda, onde ele anda, o que ele tá fazendo, ela cuida até o tempo*

que ele tem que mamar. É muita responsabilidade pra uma criança, então eu procuro deixar eles bem longe um do outro, bem espaço, eu deixo ela na escola, na escolinha e deixo ele em casa com a minha mãe, mas ela não fica na escola". Ao ser questionada do porquê desta distância, diz que Aline precisa ter contato com outras crianças além dele. Acredita que isto poderia levá-la a antecipar responsabilidades, ter um crescimento prematuro e ela é criança, precisa brincar e ter contato com outras crianças. Este aspecto da crise da Aline ser desencadeada pela crise de Gustavo tem mais um fator importante a ser considerado. Com muita frequência as crises de Gustavo e Aline desencadeiam a crise em Mariana. Este ponto será pormenorizado adiante.

O Gustavo, conforme já colocado anteriormente teve sua primeira crise de asma quando tinha três meses, *"quando eu descobri que ele tinha asma mesmo, que tinha que usar a bombinha, que tinha que ser tratado, né"*. Sua fala parece sinalizar, como foi apontado anteriormente, que de alguma forma ela já sabia sobre a asma de seu filho. A manifestação da asma iniciou com tosse, aparência arroxeadada, falta de ar e estava começando enrolar a língua. Ele só conseguia dormir sentado, não estava mamando e não tinha ânimo para nada. Ao ser indagada se havia tido algum tipo de sintoma antes deste quadro, se havia percebido alguma coisa, disse que não havia observado nada e que ele estava gripado e depois dela *"é que veio tudo isso"*. Antes deste episódio não havia notado nada. Ele estava sendo por um médico que não era pneumologista que lhe prescrevia nebulizações para tratar as crises de asma, porém, o médico percebeu que as crises estavam demais, muito próximas umas das outras e encaminhou-o para um pneumologista. Sabe-se que as frequências das crises, como destaca Kreisler (1977/1978), são fundamentais para ajudar na montagem do diagnóstico, se menos espaçadas e associadas a infecção e insuficiência respiratória, trata-se de uma situação mais séria, mais delicada. Nas vezes que Gustavo tem crise *"ele fica mal, ele fica com falta de ar, não consegue respirar, ele quer respirar e não consegue, ele não... ele não faz nada, ele fica uma criança parada, quieta, não brinca não faz nada, não come, não mama, não faz nada"*. Diz, ao ser indagada que somente, às vezes, consegue pressentir o surgimento da crise. Ela identifica no rosto de Gustavo que algo não está bem, *"eu olho pra ele e ele tá com o rosto muito caidinho assim, muito inchado. Porque às vezes incha o rosto, né"*. Entretanto, não são todas as vezes que ele fica com seu rosto inchado. É ressaltado por Kreisler (1978/1981) que a existência de fenômenos psíquicos que precedem as crises, têm função presságio. Trata-se de um indicador da asma normalmente reconhecido pelos pais. Neste caso, ela refere identificar sintomas corporais, não psíquicos.

Em relação a sua asma, Mariana comenta ainda que tem asma desde pequena e que, na época, os intervalos entre suas crises eram, muitas vezes, pequenos e que a duração da crise era longa, “*que nem o Gustavo: é duas semanas! É muuuuuito tempo, né pra uma crise. Em geral são longas*”, referindo-se a crise do filho.

Mariana conta que foi difícil para ela lidar com a asma de Gustavo: “*pra mim foi horrível, né. Porque assim, não queria que ele tivesse né, porque ela... é ruim, eu sei que é rui. A gente passa mal, fica sem ar, tu queres fazer uma coisa e não pode, né. Tu quer correr, tu quer... alguma coisa, não pode, porque que tu fica sem ar. Tu tem, tem que acompanhar tudo, tu tem que tá sempre em cima pra tudo, não pode pegar um ar, né, diferente assim, em alguns lugar tu já fica atacado*”. Neste relato fica evidente como Mariana se identifica com a asma de seu filho, como isto é uma questão central na dinâmica dela e seus filhos. Interessante que o pai está fora deste processo em cadeia. Ao falar sobre a asma de Gustavo ela usou o pronome pessoal tu, ou seja, não usou eu e também não usou ele (não era dela e também não era dele de quem falava). Tanto que a próxima pergunta que a pesquisadora fez para ela foi “*tu não podia correr, né?*”, a qual respondeu dizendo “*não*”. Isto leva a pensar que as palavras para Mariana não estão claramente discriminadas, pois há uma fusão implícita neste discurso, aludindo ao que Mc Dougall (1989/1996) evidencia, que em decorrência de seus próprios conflitos a mãe poderá estancar o processo de diferenciação de seu filho, predispondo-o a problemas psicossomáticos graves.

Em relação ao(s) aspecto(s) promotor(es) da asma, ela acredita, como foi assinalado brevemente, que é em decorrência do fator hereditário. Ao indagá-la sobre qual motivo que achava que a asma havia se manifestado em Gustavo disse “*ah, eu acho que porque eu tenho, acho que porque a família e o pai dele também tem*”. Atribui também a outros eventos externos, tais como: umidade, temperatura (frio) pêlos de animais, poeira. Assim, ela procura ter determinados cuidados para evitar com que a crise se instale: “*cuido bicho pra não..., quando chega perto de gatos evitar né, alguma coisa assim perto de bicho de pêlo, urso, cortina, tapete, eu cuido tudo isso, né pra ver o que vai desencadear mais a asma*”. A mudança no tempo e o aspecto da hereditariedade são os indicadores na qual Mariana mais atribui a origem da asma.

O Gustavo tem como uma das indicações, o uso de bombinha no tratamento da asma, assim como a maioria das crianças, conforme pude observar. Entretanto, seu pai acredita que o uso deste medicamento poderá viciar Gustavo.

Em relação às crises acontece uma situação bastante singular. Mariana afirmou que as manifestações de asma em Aline são fruto das crises do irmão (ela vê o irmão). Então, para lidar

com esta situação em cadeia, é necessário “*ter controle, porque quando dá, dá num e dá no outro*”. Isto ocorre “*quase sempre*”, e acrescenta, “*ai então tu tem que ter maior controle assim pra poder atender os dois ao mesmo tempo, pra não deixar o outro, né, sem atendimento e o outro não. Tem que ter uma paciência enorme, por causa que eles ficam muito enjoados, muito enjoados, eles não comem, eles não dormem direito. Eles tem que dormir sempre com a cabeça bem... o travesseiro bem alto quando eles tão atacados da asma. Por causa que não entra, eles não conseguem respirar muitas vezes é horrível. Quando eles tão nas crises eu não durmo direito assim durante a noite, eu tenho medo*”. Diz que ao ver seus filhos em tal situação fica muito nervosa, e que este nervosismo a leva a entrar também em crise asmática, ou será, na crise asmática? As crises de Mariana ocorrem às vezes, “*às vezes dá, porque eu vejo ele*”. Ao assinalar isto, Mariana mostra que há uma distância. Aonde há certa distância a asma surge, e surge como uma forma de reunião, uma reunião no sentido de fusão, todos se fundem no corpo. A asma é uma identificação no real do corpo, tem que ser de todos. Trata-se de uma crise asmática familiar, apesar das manifestações não ocorrerem, necessariamente em todos integrantes da família. O pai, Leonardo, não tem crises de asma, mas, todavia, tem de rinite alérgica. Rinite também manifestada em Gustavo e Aline. Asma e rinite, ambos fenômenos psicossomáticos presentes nos representantes paternos.

Assim, Aline e Gustavo além da asma, apresentam quadro de rinite alérgica. Segundo ela, devido aos tapetes e outros objetos que acumulam ácaro. Conta que o médico informou que muito freqüentemente estas doenças vêm acompanhadas.

Mariana acha que, para ela, o fator desencadeante de sua asma pode ser o “*nervosismo*” de ver seus filhos doentes, com asma. Todavia, não reconhece que este motivo também serviria para desencadear a asma em seus filhos, “*porque eles não tem o porque, né*”, o que parece deixar implícito, não tem o porquê de serem nervosos. Mariana, quando entra em crise costuma tomar xarope, porém, se este não resolve lhe aliviando os sintomas, usa a bombinha de seus filhos. Isto costuma acontecer quando eles estão muito doentes. Desta forma, quando eles se encontram em uma situação que requer o cuidado materno, ela se coloca em uma situação onde também necessita de cuidados. Cuidados bastante semelhantes, para não dizer, idênticos. Nas crises, onde ela precisa exercer função protetora, ser continente, entretanto, ela se apresenta como filha, precisando de ajuda tanto quanto Gustavo e Aline. Fico imaginando a cena, levando-me a pensar que internalização materna é possível em tais circunstâncias?

Diz que quando inicia a crise, o uso de xarope “*ajuda, mas quando eu tô muito nervosa, quando eles tão muito doente aí... é muito ruim. Muito ruim mesmo. Ai eu tenho que usar a*

bombinha deles mesmo, porque daí, né. É no último que eu uso a bombinha, por causa que o meu caso tá muito espaçado assim, não tenho porque ficar usando bombinha, bombinha, bombinha, né. Então por isso que eu tomo xarope, mas se não tá dando certo, aí em último caso eu uso a bombinha pra poder, pra aliviar né, pra poder passar, por daí eu tenho que atender a eles lá, né". Fala que nestas situações ela é quem cuida dos filhos, devido a ausência do pai (maiores detalhes no tópico: lugar do pai no discurso materno). Apesar de Mariana morar bastante próxima a mãe, quando chega a noite, sua mãe precisa descansar. Desta forma, é ela quem fica com os filhos, ou então Leonardo, que também tem a função de ficar em casa quando os filhos estão com crise asmática.

Tem um aspecto que poderia ter sido melhor investigado. Trata-se da asma de Aline e as circunstâncias do surgimento de sua doença. Talvez estas informações pudessem ajudar a compreender melhor a representação do fenômeno asmático nesta família.

3.1.3.3. Lugar do pai no discurso materno

No decorrer das entrevistas a compreensão deste laço conjugal deixou incógnitas na pesquisadora. É como se houvesse algo não dito, velado, que talvez se desvele na própria estrutura do casal parental, principalmente no que diz respeito à relação amorosa de Mariana e Leonardo. Destas interrogações, algumas foram, a *posteriori*, adquirindo um sentido, ajudando a compor a dinâmica parental.

Mariana conta que a gravidez de Gustavo só foi percebida por ela quando se encontrava com cinco meses de gestação, e assim, diz que *"a gente não esperava ele. Foi uma surpresa, né, que aparece, né"*. Relata que *"nem por um momento, nem por um momento"* se percebeu grávida, e justifica, *"é que eu não tinha barriga, eu não tinha nada, eu não tinha, não tinha nada, era normal"*, evidenciando que o corpo era, para ela, a forma possível de identificar sua gestação. E acrescenta, ao falar da participação de Leonardo no período de sua gravidez, que ele ficou *"extasiado"* (que pode ter o significado de assombrado, apavorado), *"não sabia o que dizer porque foi pego de surpresa, né. Mas tudo bem, ele não falou nada, e nem podia falar mais, né, mas tudo correu bem"*. Fiquei interessada em saber o que Mariana queria dizer com *"nem podia falar mais"*, ao qual respondeu que não tinha como ele dizer que não podia, porque ela já estava grávida e já estava quase ganhando (cinco meses). Continuei curiosa em saber se o fato de não poder falar estaria relacionado a uma limitação temporal, que impediria que ele pudesse *"falar"*, sugerir um aborto, ou seja, que sua palavra tivesse o peso da diferença. Ela não admite que a possibilidade de aborto lhe tenha ocorrido

e respondeu categoricamente que *“não, isso nunca passaria pela minha cabeça e nem pela dele, não né. Poderia assim dizer agora não, outro filho agora não, poderia planejar, né. Poderia ter falado, mas ele não, já que veio antes do tempo que a gente tinha planejado outro. Mas pra agora. Não antes, né. Não um ano antes, um ano depois (sorri)”*. Leonardo *“poderia”* ter falado se ela assim o quisesse. Porém, aqui o que parece ter ocorrido é um boicote. Um boicote a palavra do pai, paralisando-o, deixando-o *“extasiado”*, apavorado, pois o sabota, impossibilita-o de falar. Para Mariana, a fala, o significado da palavra representa aquilo que ela quer. Da mesma forma como citado anteriormente, há indiferenciação, o uso do pronome tu para representar eu e ele. A lei paterna parece não vigorar.

Ao ser indagada como era seu momento de vida na época da gravidez respondeu que *“era comum, era bem”*. Disse que ela e Leonardo se dão super bem, *“não tem muito o que brigar, o que, né, o que discutir”*. Eventualmente conta que acontece uma briga, mas que vivem super bem, *“as condições ãh... como é que eu vou te dizer, como são tão boas assim, né, dá pra a gente conceber duas coisas ao mesmo tempo né, não tem muito assim o que dizer, ah, não era boa, as condições o momento, né. Era boa e não era boa, mas a já que, né, veio, né, então, ficou melhor ainda”*. Pedi a ela que falasse mais sobre o que queria dizer com *“conceber duas coisas ao mesmo tempo”*. Mariana respondeu *“assim, que daí veio mais um né e tinha a Amanda, então o que eu tenho que dá pra um, tenho que dar pro outro, mas não tem esse problema. Tudo bem, as coisas tão tudo bem, já que dá pra um né, tinha pra outro também, nunca faltou nada”*. A palavra conceber remete a uma série de significados, assim como ela pode ser entendida no sentido de imaginar, também pode ser compreendida no sentido de gerar, formar um embrião pela fecundação do óvulo.

Diz que o fato do Gustavo ser *“igual, igual, igual, igual, igual, igual, igual. É isso que me surpreendeu porque eu não pensei que ele ia ser tão parecido assim com o pai dele, né”* e que Leonardo também ficou surpreso com a semelhança.

Em relação à escolha do nome Gustavo, diz que a inspiração veio atrelada a um sentimento de amizade muito grande por um colega de aula que teve há alguns anos atrás, era uma pessoa muito querida. Parece, contudo que Leonardo, apesar de ter gostado no nome, não participou da escolha, *“eu só tinha nome pra menina, e eu tinha um colega de aula muito querido, muito querido. Eu estudei com ele uns anos atrás e ele era muito querido e o nome dele era Gustavo, e eu botei o nome dele porque eu me dava muito bem era meu amigo e daí eu peguei e botei o nome dele de Gustavo e ficou o nome de Gustavo. O Leonardo eu nem sei se queria que ficasse esse nome, né. Porque a*

gente era muito amigo, era muito ligado assim né, daí eu que peguei o nome do Gustavo, né". Aí novamente a palavra do pai não tem peso, não demarca, não faz limite.

Mariana comenta que Gustavo é mais apegado ao pai. Isto é também representado nas brincadeiras, pois diferentemente do que acontece com ela, o Gustavo reage de uma forma mais ativa, convoca o pai para brincar. *"Ele prefere até brincar com o pai dele do que comigo. Mas é muito bom"*, e acrescenta, *"ele tira o brinquedo de mim, aí ele brinca, aí depois ele me dá um brinquedo. O pai dele não, ele dá um brinquedo e chama o pai dele pra vir pro chão. Ou ele só me dá o brinquedo e não vai pro chão brincar. Paciência, não foi né. Mas o pai dele ele chama o pai dele pro pai dele brincar com ele"*. O pai, aos olhos de Gustavo, tem importância ímpar na sua vida. Para esta criança este pai tem um peso muito importante, ele consegue engatar este filho na relação, isto é salutar. Todavia, não opera de forma eficaz, porque este pai está tomado de uma forma forte e intensa na relação com sua própria mãe. Ele é muito mais filho de sua mãe, do que pai de seu filho.

Um dos pontos de ancoragem desta relação parece se situar em um período de vida onde Leonardo, em decorrência de seu trabalho noturno (trabalha como frentista de posto de gasolina) dispunha de tempo para acompanhar e exercer mais fortemente sua função paterna. Era Leonardo quem assumia os cuidados de Gustavo, brincava com ele, lhe dava banho, comida *"ele que tinha todo o cuidado"*. No entanto, ele mudou seu turno de trabalho e agora ele chega tarde da noite em casa e o cuidado dele com Gustavo agora é somente durante a noite, quando chega e tira o Gustavo da cama dos pais e o coloca na sua cama. Atualmente quando Leonardo não está em casa, Mariana costuma deixar Gustavo dormir com ela, na cama do casal: *"tu disse que quando vocês vão dormir... ele dorme contigo?"*, perguntei. Mariana respondeu que *"dorme até o pai dele chegar... é por causa que o pai dele chega meia-noite, uma hora porque sai do serviço né, aí de manhã, três, quatro horas da manhã ele dá uma resmungada, mas só resmunga né, aí eu já trago ele pra cama"*. A mãe conta que todos dormem no mesmo quarto, mas que Gustavo, bem como Aline, têm suas camas. Entretanto, o que se destaca é que Gustavo ocupa na cama da mãe, o lugar deixado pela ausência paterna.

Nas manhãs Leonardo *"até a hora dele sair que ele fica assim, em volta das crianças, que ele sai uma hora da tarde, né, aí o cuidado que ele tem é de levantar, dar o mamar, cuidar ali, mas quem cuida mesmo é a mãe, por causa que eles acordam, fica com a minha mãe, ele fica dormindo até a hora de sair"*. Diz que procura não dar muita tarefa para ele porque ele tem um trabalho bastante cansativo, tem renite alérgica, e isto o deixa com o rosto inchado devido ao cheiro de gasolina que o irrita muito.

Mariana, ao se lhe ser perguntado como vê Leonardo enquanto pai, responde que “*ele é um super pai*”, amadureceu muito depois que tornou-se pai, ele a surpreendeu, é melhor do que o imaginava: “*eu não pensei que ele ia ser tão pai, como ele é pai. Eu nunca pensei*”. Mas as palavras de Mariana parecem não coincidir a montagem da cena familiar, onde a palavra paterna parece não ter valor de potência.

Na introdução deste tópico eu havia destacado que a leitura que eu poderia fazer sobre a relação afetiva de Mariana e Leonardo esteve, em um primeiro momento, cheia de lacunas, hiatos que me fizeram refletir sobre qual base de relacionamento esta relação estava pautada.

Quando lhe foi perguntado sobre a forma que via Leonardo enquanto pai, Mariana foi enfática em responder que se tratava de um “*super pai*”. Diferentemente, ao ser questionada de como ela via Leonardo enquanto seu companheiro, respondeu: “*como é que eu vejo ele? O puro acaso, foi o puro acaso, né, aconteceu, né. Até hoje eu me pergunto: como é que a gente tá junto até hoje? Como é que aconteceu?*”.

Questiono-a do porquê dessa interrogação, na qual complementa, “*ah, por causa que a gente era muito amigo, nós era muito amigo, muito, muito, muito amigo. Ele, foi um dia, ele deixou da namorada, não sei o porque, a gente começou a namorar. Mas foi assim, tão rápido, tão rápido, que até hoje eu paro pra pensar o porquê né, pô, a gente era tão amigo, a gente saia junto pros lugar, a gente voltava junto, a gente era muito, tava sempre junto né, até hoje eu fico me perguntando: Como é que aconteceu? Porque que aconteceu?*”. Indaguei-a sobre o que a levava a surpreender-se. Ela falou: “*porque eu não esperava ele! Né, por a gente ser tão amigo eu acho, porque a gente se entendia muito bem, a gente se entende muito bem, a gente conversa muito e a gente é muito aberto assim, ele diz as coisas, eu ouço, eu falo, ele ouve, a gente procura entender um ao outro assim, entender, resolver o problema junto, ele com os dele e eu com os meus, ele resolve os dele, eu resolvo os meus e tá acabado o assunto. Mas a gente se entende muito bem. A gente resolve tudo junto, eu não faço nada sem perguntar: tu acha que vai dar certo? Tu acha que vai dar certo? Tá certo isso?*”. Sua relação com Leonardo parece assinalar que ele não ocupa o lugar de objeto de seu desejo. Desta forma, Mariana não permite a entrada do “terceiro termo” (Rocha, 1998, p. 80). Mariana parece erradicar qualquer surgimento do desejo da diferença. Isto é reforçado ao dizer que costumam resolver seus problemas juntos, “*ele com os dele e eu com os meus, ele resolve os dele, eu resolvo os meus e tá acabado o assunto, mas a gente se entende muito bem*”. Interessante que ela não sabe o que é junto e o que é de cada um, é algo que está anunciado, mas que não tem sentido,

não tem significação. A palavra para ela não funciona como um significante, funciona como um signo, mas um signo que sequer está claramente discriminado.

Sobre o relacionamento dos dois, Mariana havia comentado que a família dele foi contra o relacionamento, o achavam muito novo para ser pai (dezessete anos), e ao mesmo tempo, achavam-na muito mais velha (seis meses de diferença).

O dia a dia do casal possui peculiaridades. Mariana conta que Leonardo não dorme sempre na casa deles, ele costuma dormir, no mínimo, duas vezes por semana na casa de sua mãe, *“é por causa que, é que a mãe dele é meia, como é que eu vou te dizer? Ai, ela tem os problemas dela, ele vai lá para ajudar ela, ele fica lá, eu entendo isso, eu não gosto, não gosto mesmo porque, ela não gosta de mim”*. Perguntei a Mariana se ela tinha contato com sua sogra, respondeu que *“nós temos contato. Eu até procuro, eu até nem falo nada, nem sou contra ela, nada, mas ela tá sempre me chamando de mim, me julgando, pelo o que eu sou e pelo o que eu faço. Eu nem dou muita bola, então nem procuro ela, então quando diz que vai pra lá, vai paciência. Não adianta dizer que não, ele vai ir, é a mãe dele, não adianta”*. Contou também que com muita frequência sua sogra costuma pedir a Leonardo que durma em sua casa, e que se ela ligar mais vezes na semana e lhe solicitar, ele a atende. Ele costuma retornar para casa sempre na parte da manhã. Um ponto importante de suas ausências de casa é o fato de que quando seu(s) filho(s) está(ão) doente(s) ele volta a dormir em casa para cuidá-lo(s) e assim, possibilitar que Mariana possa descansar, pois precisa trabalhar na manhã seguinte. Disse que ela é quem cuida mais dos filhos, *“porque ele mora mais com a mãe dele, tem problemas com a mãe dele lá, a mãe dele tem problemas. Então eu fico mais com as crianças. E ele fica assim, ele vem pra ficar com as crianças, mas não é muito, quando as crianças tão doentes sim, na crise que ele vem pra ficar. Porque daí precisa, né, precisa de alguém mais pra cuidar”*. Mariana escolhe um homem que não consegue dizer não para sua mãe, da mesma forma, ela também não consegue (ver adiante, tópico “Outros aspectos da dinâmica entre Mariana e Gustavo”). A dinâmica do casal parental faz sentido a partir das estruturas fantasmáticas dos componentes, e tal qual sinaliza Belótt-Forcade (1998) a asma participa de uma certa constituição do sujeito. Leonardo parece não ser o objeto de desejo de Mariana, ambos estão amarrados, enlaçados nas suas próprias mães. O fato de ele ficar na casa de sua mãe parece não incomodar Mariana, que também tende a se refugiar no lar materno.

Mariana diz que Leonardo a ajuda bastante nos seus momentos *“de baixo astral”*. Descreve a relação dos dois como sendo *“muito aberta eu acho, até demais. Por causa que ele não manda em mim, eu não mando nele... A gente resolve o problema junto, a gente é muito aberto, a gente*

conversa muito sobre os filhos, se fosse outro eu não ia gostar que fosse para casa da mãe dele. Duas vezes por semana ele vai, às vezes vai mais, quando ela liga mais vezes né, aí ele vai mais vezes. Mas fora isso, eu acho que é bom, eu acho que é legal porque a gente já era muito amigo né, aí vim a ficar junto, a tendência foi de só melhorar, só ir pra frente né, porque ele veio me dar apoio”, ao referir-se ao baixo astral. Diz que o baixo astral é devido ao fato de se preocupar com as intrigas de sua sogra, e ao lhe perguntar se teria(m) outra(s) coisa(s) que lhe deixam de baixo astral, afirma que não.

3.1.3.4. Situações identificadas como angustiantes maternos

Um aspecto de sua vida que parece ter sido muito marcante é sua doença asmática, que lhe traz recordações de restrições devido a asma. Isto ficou evidenciado no item anterior, onde foi desenvolvido sobre a representação de Mariana da asma de Gustavo, ficando em alguns momentos, uma linha bastante tênue entre a asma de seu filho e a sua asma. Houve momento em que lhe perguntei sobre como havia lidado com a asma de Gustavo, e Mariana e havia confusão na identificação do sujeito da frase. Mariana e Gustavo pareciam fusionar-se em um só ‘tu’.

A asma é uma doença que a acompanha desde pequena. Seu tratamento era nebulização e um remédio que não recorda o nome, e que na época, não havia indicação de uso de bombinha. Teve restrições em atividades físicas, não podia correr porque piorava, *“desencadeava mais, né, as crises, né”*. Na época do primeiro grau não participava das aulas de Educação Física, era liberada. Conta que no segundo grau chegou a exercitar-se para melhorar sua capacidade respiratória e os resultados foram satisfatórios. Sua vivência de criança asmática, tal qual seus filhos, teve efeitos na sua maternagem. Diz que por ter passado por tanta limitações procura fazer com que ele não passe pelo que passou, tentando *“deixar ele fazer o que ele quer, assim pra não ter tantas restrições”*. Isto vai ao encontro do que Mannoni (1982/1986) aponta que a qualidade dos cuidados maternos está relacionada com que a maternagem que esta recebeu em sua infância.

No momento em que lhe foi perguntado sobre suas lembranças de sua infância, quando tinha a idade de Gustavo ou em outra idade, disse lembrar da época de colégio e de quando seu pai estava morando com eles. Seus pais se separaram quando tinha doze anos de idade e Mariana espontaneamente falou de como foi difícil esta separação para ela, *“ah, foi difícil por causa que eu era muito apegada ao meu pai, foi difícil, muito, muito, ai, super difícil, eu fiquei. Aí entender, eu entendia, eu sabia, eu entendia, mas eu dentro de mim eu não entendia, eu não sabia o porque, mas*

eu nunca julguei a minha mãe por ter, né, por eles terem se separado. Nunca julguei a minha mãe, eu sempre entendi o lado dela, mas queria entender o porque que ele foi embora". A separação dos pais sempre tende a ser algo marcante para uma criança. Mariana parece ter se crivado de interrogações, e, soma-se a isto, um sentimento de rejeição cristalizado no abandono paterno.

Diz que chegou a entender esta separação. Faz dez anos que seus pais se separaram e que há quatro anos não o vê. Ele reside em Porto Alegre, e ele não conhece seus netos, apesar de saber que os têm. Ao ser questionada de como é para ela esta situação conta que *"ah é difícil, ele não procura, ele diz que a nova mulher dele não deixa, né, ele procurar os filhos (...) Mas eu nem, nem dou bola, nem tento entender esse lado, pra mim, passou, passou, ele não quer, paciência né"*. Mariana diz não dar bola, porém revela que *"não, não dou bola, porque eu cansei entende? De querer procurar ele e ele não, sabe eu ia lá, procurava ele, ficava com ele, ele não dava a mínima, então, não indo ou indo para ele é a mesma coisa, tanto faz, também não dou bola, esqueço. Até perguntam: tu tem pai? Tem, tem que falar, ah, mas não adianta (...). E ele nem existe, sei que é ruim né, a gente falar isso né, mas ele pra mim tanto faz, é uma outra pessoa que mora lá e deu, como outra qualquer, mas eu nem dou mais bola. Antes eu ficava muito assim, né. Quando eu fiquei grávida do primeiro, é difícil pra ti entender assim, né, querer todo perto de ti, tu precisa de, mais carinho, tu fica mais carente, aí sim eu senti mais. Mas depois só foi aquela época assim de gestante, mas depois..."*. Este sentimento foi despertado por Mariana nas suas duas gestações, bem como descreve Mannoni (1982/1986), ao falar que a mulher, no período gestacional, que antecede ao nascimento, é re-acesa a necessidade de proteção na mulher, o que pode ser observado em Mariana, que diz que ficou carente neste momento de sua vida, sentindo mais fortemente a falta do pai. Ao mesmo tempo fica a pergunta, como este pai se colocava na cena familiar, qual o lugar que ocupava na dinâmica do casal?

3.1.3.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce

De outras recordações de sua infância, diz que sua mãe aponta a semelhança de sua filha Aline com ele, fala que Mariana *"tu tá te criando, porque tu é a mesma coisa que ela, é o mesmo gênio, tu tá te criando, tu vai ver como é que"*. Diz que o gênio ao qual sua mãe se refere é que ambas são possessivas e quando sua filha *"diz que é e é e não adianta. Ela diz que não faz, ela não faz, não faz, não faz, não faz"*. Mariana comenta que também age da mesma forma *"eu digo que eu não faço, não faço, não faço. Quando eu gosto, eu gosto, quando eu não gosto, eu não gosto, não*

adianta vir dizer pra mim: mas é boa. Não, não gosto, não gosto, não gosto. Não adianta vi dizer “não, mas isso”, até pode ser errado, eu sei que às vezes, né, é errado, até pode ser errado, mas eu sou assim, não adianta”. A linguagem para Mariana parece funcionar como signo, não consegue relativizar. Desta forma, não é possível que o deslizamento metafórico surja, fazendo com que a palavra se congele em um sentido, impedindo a pluralidade significante.

3.1.3.6. Outros aspectos da dinâmica entre Mariana e Gustavo

Chama a atenção Mariana conscientizar-se de sua gravidez no quinto mês de gestação. Até esta época não lhe passou pela cabeça que estaria grávida, em *“nenhum momento. Nenhum momento”*, apesar de não menstruar há três meses, aproximadamente. Nega a gravidez e ao mesmo tempo impede que a voz paterna seja ouvida, possa fazer a diferença. Ao saber da gravidez de Gustavo, *“eu fiquei desesperada assim, porque não era, né pra vim agora, né, eu não queria.... Eu queria mais um filho, mas não agora!”*. Mariana destaca que sua preocupação era com sua filha, *“a Aline era muito neném, e como é que ela ia agir com isso, tendo outra criança dentro de casa, tomando o espaço dela, né, bem dizer. Porque era tudo pra ele, porque que ter que trocar fralda, toma mais tempo assim”*. Coloca que não tinha muito tempo para ficar pensando no filho que iria nascer, imaginando como seria, pois seu interesse residia na preocupação de ter que deixar Aline filha sozinha quando fosse ter seu filho no hospital, *“eu só pensava nela, eu não pensava nele”*. Conta que Aline era muito apegada nela, assim não ficou pensando e planejando muito a gravidez de Gustavo, sabia que tudo correria bem. Sua preocupação era prepará-la, *“eu nem pensava como é que ele ia ser”*. Gustavo, então, não foi preparado para nascer, pelo menos no que diz respeito ao investimento materno que não ‘gestou’ imaginariamente este bebê. A concepção mental de Mariana careceu de investimentos, de expectativas frente a vinda de Gustavo, e sua história já começou a ser construída a partir deste momento. Assim como escreve Andrade (1998), a antecipação faz com que nas fantasias da mãe e do pai seja reconhecida a existência deste bebê, mesmo antes dele existir. Na sua relação com sua filha, diz que esta é *“muito apegada a ela”*, entretanto é Mariana quem tem dificuldade de romper o laço totalizante com Aline, o que faz lembrar o que escreve Beló-Forcade (1998), que a asma é uma manifestação com o laço materno. Aline a surpreendeu, *“eu não pensei que ela ia reagir tão bem como ela reagiu. Ela, eu pensei que ela ia ter ciúmes, nunca ela tem, ela tem ciúmes das pessoas que chegam perto do irmão dela, mas não assim, né, entre nós. Ela me*

surpreendeu mesmo". Achava que ela teria ciúmes, pois teria *"outra criança dentro de casa, tomando o espaço dela, né, bem dizer"*.

O parto de Gustavo foi normal e ficou três dias hospitalizada, *"mas esses três dias parecia uma vida toda longa assim"*. Quando indagada do porque sentia que este tempo não passava, falou que era *"por causa que eu pensava nela em casa, só nela em casa. Eu queria ir pra casa o quanto antes, eu queria ir pra casa e no último dia, no dia da alta, deram alta pra mim e não deram alta pra ele. O pediatra não veio dar alta pra ele"*. Achou que o Gustavo não receberia alta devido sua tosse, pois na noite anterior a alta ele começou a piorar. Conta que *"no dia, e na noite antes de eu ir embora, ele ressecou todinho os lábios, em função da tosse, muito frio tava, né, setembro do ano passado. Muito chuvoso, muito frio e ele ressecou todo os lábios e tossia muito. E eu fui pra casa, achei que iam me dar algum remédio não me deram remédio"*. Somente quando retornou para a primeira consulta é que foi prescrito medicamento para tosse de Gustavo. Mariana chegou a pensar que iria para casa e Gustavo não.

Durante o dia, Gustavo fica aos cuidados de sua avó. Mariana trabalha fora durante todo o dia, desta forma os cuidados maternos são divididos com sua mãe. Kreisler (1978/1981) escreve que nas situações em torno da asma, há uma peculiaridade em relação a existência de uma competição velada entre as pessoas que cuidam da criança, que oculta conflitos que tem o caráter de não serem violentos, e muito menos, abertos. O autor enfatiza que esta situação coloca a criança em uma situação de escolha e que isto poderia ser um fator desencadeante da crise asmática. Acho que os dados fornecidos pela entrevista possibilitam aludir a existência de uma dificuldade de Mariana assumir as suas funções maternas. Observa-se o investimento maciço que a avó materna fez para acompanhar de perto seu desenvolvimento. Como já foi mencionado anteriormente, a avó parou de trabalhar devido a problemas de saúde e também para poder acompanhar o dia a dia do neto, *"ela deixou de fazer as coisas que ela mais gostava pra ficar perto dele, pra vivenciar, pra poder aprender com ele, porque ela só menina, né"* (avó materna sempre quis ter filho homem). É possível se interrogar sobre qual o lugar que este neto ocupa na vida desta avó, pois parece ocupar o lugar de depositário afetivo. Neste caso, a função materna está do lado da avó.

Na estruturação subjetiva, a lógica que normalmente impera, é que o inconsciente da avó incida na criança, através da mãe. Ou seja, aquilo que lhe foi possível ser ofertado por sua mãe, tem reflexo no seu filho. Entretanto, nesta dinâmica, o inconsciente da avó sofre um atalho, incidindo diretamente em seu neto. É ela quem inscreve a função materna. Cabe a avó os cuidados diários de

Gustavo, e Mariana destaca que a alimentação, que é um importante momento de encontro entre mãe e filho, é delegada a sua mãe.

Mariana coloca que os momentos da refeição, quando está dando comida a Gustavo, é o que menos gosta de fazer com ele, “*eu não gosto de dar comida pra ele, ele se suja muito*”. O que parece que Gustavo faz é proceder como qualquer criança em sua idade, “*ele quer pegar a colher da minha mão e ele joga comida assim e quando ele não quer mais ele balança a cabeça e tira a comida da boca*”. Alimenta-lo é o que menos gosta de fazer com Gustavo, na sua opinião “*ah, é a pior parte é dar comida*”. Diz não gostar disso “*porque ele, eu quero dar comida, tudo pra ele ele balança a cabeça, eu vou dar ele balança a cabeça, daí eu dou um copinho de água pra ele, ele toma água, eu dou comida ele diz que não quer comida, diz que quer tomar água comigo*”. Mariana fala que quando sua mãe o alimenta, sua reação é diferente, dizendo que esta atitude dele é somente com ela, “*com a minha mãe ele come super bem, aí eu tenho que sair e a minha mãe dar a comida. Parece que ele come me olhando assim, querendo né, debochando, fica me olhando*”. Conforme Jerusalinsky (1984), o fazer de uma criança, neste caso, o ato de Gustavo, surge em decorrência de uma seqüência construída onde ele consulta Mariana com seu olhar, é um fazer situado no campo de significante materno. Mariana diz que nos finais de semana costuma levá-lo até sua mãe para que ela o alimente, “*ó mãe, dá comida aí porque comigo ele não vai comer*”, antecipando seu fracasso. O mesmo autor escreve que os ritmos biológicos, onde a alimentação está situada, é uma forma de atalho de encontro junto à mãe. Aí se faz necessário que a mãe use seus sentidos de uma forma inovadora e criativa, que escute com outros ouvidos às manifestações de seu filho. Isto Mariana não consegue sustentar.

Diz que ter um filho é bem diferente de ter uma menina, criar uma menina é para Mariana mais fácil, devido ao fato de haver uma identificação feminina, é algo já familiar, conhecido. Já com o Gustavo diz ser diferente, pois ele faz coisas que sua filha nunca fez: “*que nem, como é que eu vou te explicar, levantar a mão pra bater em alguém isso ela nunca fez, ele levanta e não é pra bater claro, que ele não tem intenção de bater em alguém, mas de levanta pra jogar nas pessoas, ele joga. E ela nunca fez, então nesse momento ele fez isso, querer ensinar, como é que eu vou ensinar pra ele que não se deve fazer isso. Eu tenho muito medo. Tem coisas que ele entende e tem coisas que ele não entende, né. E com é que eu vou explicar pra ele que não deve fazer aquilo, que não pode. Às vezes pode e a gente explica*”. A dificuldade de Mariana parece residir em como assinalar ao filho o não permitido, em transmitir os valores, “*como é que eu vou explicar pra uma criança que não se deve fazer aquilo que tá errado, é difícil*”. Mariana também parece surpreender-se bastante com

Gustavo. A surpresa pode remeter a abertura ao novo e o que parece ser possível identificar na dinâmica desta díade é que Mariana não antecipou uma imagem global de Gustavo, tal como escreve Jerusalinsky (1984), não podendo, desta forma, reconhecer no contato com seu filho a confirmação de suas expectativas, pois não havia investido imaginariamente neste filho. Não existiu a imaginação antecipatória que normalmente se observa nas gestantes, então tudo vem a ser uma novidade.

Comenta que um aspecto que lhe chama a atenção na sua comunicação com Gustavo é quando ela fala sobre o pai dele para algum familiar, ele sempre para o que está fazendo e fica bastante atento, *“é só falar no nome do Leonardo que ele sabe, aí ele já se antena, mas tudo chama, é só falar no pai dele que chama atenção. Mas fora isso pode falar um monte de coisa que não chama atenção dele em nada”*. Fala que nestas circunstâncias, quando percebe que está interessado no que fala *“aí eu procuro falar mais, falar mais coisas que ele possa assimilar, entender, mas daí ele fecha assim, sabe. Porque eu acho, eu acho não, eu acho que tenho quase certeza que ele vai ser uma criança meia tímida, porque quando ele tá brincando sozinho e eu vou brincar com ele, ele se fecha daí. Ele se fecha e fica meio cabisbaixo, eu quero falar, conversar com ele e ele diz que não, balança a cabeça e diz que não”*. Mariana percebe que o interesse de Gustavo está mais direcionado ao pai. No que se refere a brincadeiras, é com o pai que ele mais manifesta interesse em compartilhar a brincadeira. Com Mariana, ele a convida a brincar, *“aí eu brinco com ele, mas daí eu brinco um pouquinho com ele e ele já tira o brinquedo da minha mão, né, e começa brincar sozinho... aí eu fico olhando para ele brincar e ele fica me olhando aí depois ele, é que ele é muito assim, como é que eu vou te dizer? É que depende muito da, do dia dele, né, assim, que nem a gente, né, ele tem dias assim. Te dá o brinquedo, ele tira o brinquedo e dá o brinquedo, ele tira e dá o brinquedo pra gente brincar, né. Tem que tá sempre disponível pra poder brincar com ele, mas é isso. Senão ele gosta de brincar com a gente, tem uma caixa enorme assim, ele entra pra dentro da caixa pra brincar com os brinquedos”*. Há um comprometimento na brincadeira entre Gustavo e sua mãe, ao evidenciar uma descontinuidade neste espaço potencial. Mariana parece que não quer se dar conta de que o filho não a aprova. Ela parece não estar conseguindo ver que o que a criança está querendo lhe dizer que o que ela faz, de impossibilitar de ele gostar do pai, ele não aceita. Mariana nota que o que mais interessa a ele é quando ela fala do pai, é o único momento em que ele se interessa *“é só falar no nome do Leonardo que ele sabe, aí ele já se antena, mas tudo chama, é só falar no pai dele que chama atenção. Mas fora isso pode falar um monte de coisa que não chama atenção dele em nada”*. Porém, ao ter a atenção do seu filho, aproveita estes momentos para falar outra coisa, não do pai, aí ele começa a se fechar. No exemplo que Mariana contou, quando ela fala

de Leonardo, não fala para Gustavo, fala do pai para outras pessoas, então a criança começa a se fechar e ela o interpreta como tímido, e não o que ele parece estar tentando dizer: não aprovo o que tu fazes comigo, me negar o pai, me negar a diferença. Diogo procura, através de uma resistência passiva, mostrar a sua mãe sua insatisfação. Esta situação é bastante delicada, pois a resistência passiva de Gustavo tende a se esgotar, pois não há do lado paterno uma lei que interdição o Outro materno, que faça barreira e proteção. Outro aspecto que diz respeito ao brincar: sabe-se que este tem como um de seus objetivos engendrar a separação entre a mãe e seu filho. O brincar infantil é uma fase fundamental no desenvolvimento humano, possibilita um viver criativo, conforme estabelece Mannoni (1982/1986).

Outro aspecto salientado por Mariana diz respeito ao fato de seus filhos não lhe chamarem de mãe. Ela conta que quando chega em casa à noite (a noite ele é mais carinhoso) costuma ficar ao lado de seu filho, conversar com ele, ficam juntos no quarto, *“pra poder relaxar e poder conversar com ele, pra ele poder me chamar de mãe. Porque ele não me chama de mãe!”*. Fala que para ela é estranho eles não a chamarem de mãe. Aline a chama pelo nome, e apenas eventualmente, a chama de mãe. Complementa dizendo que sua filha, às vezes, chama sua avó de mãe. Explica que talvez o que aconteça é que sua filha não vê ninguém chamando a ela de mãe, *“às vezes ela chama a minha mãe de mãe, porque ela vê todo mundo chamar de mãe, então ela pensa então, eu acho que ela pensa, não, ela não é mãe, ninguém chama ela de mãe. Porque que eu vou chamar ela de mãe, né? Ninguém chama ela, não vai ser eu que vou chamar ela de mãe, né. Mas ela sabe que eu sou a mãe dela, mas ela não me chama de mãe”*. Destaca que sua filha sabe que ela é quem é sua mãe, ela diz *“tu é a minha mãe. Eu sei que tu é a minha mãe”*, e que a trata como mãe, mas lhe chama de Mariana. Tal como escreve McDougall (1989/1996), a fala inicia um processo de comunicação mais desenvolvido entre mãe e filho onde a palavra por si só poderá ter poder tranquilizador, prescindindo da presença materna. Todavia, para que isto aconteça é necessário que a palavra ‘mamãe’ ao ser evocada, contenha no seu âmago, na sua essência, uma representação tranquilizadora, capaz de garantir conforto e segurança. Em outras palavras, haverá, desta forma, a internalização da função materna por parte da criança. Na dinâmica de Mariana com seus filhos, este papel não está tão claro. A maternagem compartilhada com sua mãe, bem como o lugar de filha, no qual Mariana parece não ter abandonado totalmente, podem estar contribuindo para que o papel materno esteja confuso para Gustavo e Aline, não está internalizado. A função de mãe é propriedade de uma, a avó. Como já foi dito, Mariana mora nos fundos da casa de sua mãe e fica muito tempo na casa desta, *“é que às vezes eu fico, a maioria das vezes com a minha mãe, às vezes eu fico na minha casa, mas eu gosto de ficar*

mais com a minha mãe”. Relata que também costuma dormir na casa de sua mãe, “*sinto falta de mãe*”. Porque na dinâmica de Mariana com sua mãe, a mãe é corpo. Por isto tudo é mãe, não impera a lei paterna. A mãe de Mariana apela para uma relação corporal, porque a mãe a chama a ficar perto dela, sempre está junto. Mariana ainda tem saudade da mãe como criança, só que é uma relação corporal. Mariana enquanto filha, também não foi tomada de forma eficaz pela linguagem. Mariana, também foi uma criança asmática.

A dinâmica do casal evidencia que ambos não conseguiram fazer a transposição do lugar de filhos de seus pais, para ocupar o lugar de pais de seus filhos. Tanto Mariana quanto Leonardo têm um estreito laço com sua família de origem que impede que assumam de forma mais abrangente as funções materna e paterna. Mariana demonstra necessitar bastante de sua mãe para poder desempenhar a função de mãe, não se ‘desplugou’. Sente-se melhor na casa de sua mãe do que em sua própria casa, bem como Leonardo, que também se ausenta de sua casa para se fazer presente na casa de sua mãe.

3.1.3.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial

As entrevistas com Mariana foram realizadas em locais distintos. A primeira ocorreu no HMIPV, quando da consulta dos dois filhos de Mariana. Neste dia sua mãe a estava acompanhando e por instantes a pesquisadora ficou em dúvida sobre quem era a mãe das crianças. A avó das crianças e as crianças ficaram com a colaboradora da pesquisa na sala ao lado enquanto era realizada a primeira entrevista. A outra entrevista foi no intervalo de trabalho, em uma área aberta, porém, reservada. Mariana causou a impressão de ser mais filha que mãe, o que se confirmou após análise do caso.

Um ponto que se destacou foi a dificuldade da pesquisadora, em um primeiro momento, em identificar qual o estilo da relação parental, pois não sabia como dirigir a ela as indagações referente ao seu parceiro. Não sabia se se tratava de uma relação marital, se eram namorados, se haviam sido namorados, se tinham convivência, pois em sua fala algo tornava inapreensível, incompreensível à pesquisadora o laço conjugal.

3.1.4. Caso 4: Ana Maria

3.1.4.1. Síntese do Caso

Ana Maria é mãe de uma menina de um ano e três meses (época da entrevista) chamada Márcia que vem fazendo tratamento para asma no HMIPV. Tem também outra filha, primogênita, com aproximadamente seis anos de idade. Os sintomas de Márcia se manifestaram pela primeira vez quando se encontrava, segundo a mãe, com cinco ou seis meses de idade. Iniciou com vômitos, e, de acordo com o médico que a atendeu na época, tratava-se de pontada de pneumonia. Seguiu fazendo um tratamento para pneumonia por três meses quando, ao não observar nenhuma melhora no quadro, Ana Maria teve a indicação de procurar um especialista que veio a constatar o quadro como asma. A mãe fala que não consegue se convencer que sua filha tem asma, mas, todavia, reconhece que a criança tem asma ao perceber a melhora significativa após o início do tratamento. Segundo Ana Maria, sua filha não teve nenhuma crise de asma intensa: *“ela ainda não teve assim, nenhuma crise assim, muito séria, só assim passageiro”*.

Acredita que a doença de sua filha é obra do destino. Para ela os seres humanos estão predestinados. A doença de Márcia é uma situação considerada sob controle. Existe histórico familiar de asma, o avô materno e Ana Maria apresentam este diagnóstico, porém ela refere que não sabia que sua bronquite asmática era a mesma coisa que asma.

Ana Maria tem muito medo da morte, diz ter *“horror à morte”*. Na época da entrevista (setembro de 2001) tinha 34 anos e falava que *“agora que, eu tô meio que, eu tô, eu tô me aproximando da morte, eu tenho pavor”*. Suas preocupações em relação à morte são oriundas desde sua infância, *“desde que eu me conheço por gente”*.

Na gravidez de sua filha primogênita passou por momentos difíceis. Após o nascimento de sua filha precisou passar por três intervenções cirúrgicas em 10 dias. Conta que teve uma infecção e que ficou *“podre”*. Ficou bastante deprimida e teve medo de morrer, teve medo de deixar sua filha sem alguém para cuidá-la. Na hora, não lembrou de seu marido, não estava levando em consideração sua existência. Refere que o tratamento que recebeu foi desumano, não a trataram com respeito e também não a olharam *“como ser humano”*.

Ana Maria engravidou novamente após cinco anos, mais ou menos. Nesta época estava se preparando para visitar sua mãe, a qual não via há aproximadamente 12 anos. Porém, seus planos necessitaram ser adiados em função desta gravidez. Ana Maria conta que não queria esta gravidez até aproximadamente três meses de gestação. Neste período foi visitada quase que diariamente por

uma pessoa que procurava ‘catequizá-la’ (sentido religioso), dizendo que esta gravidez era a vontade de Deus, que ela iria amá-la muito. Seu marido desejava ter um filho e ficou muito decepcionado quando soube que teriam mais uma menina.

De acordo com Ana Maria a sua filha mais velha tem muito ciúme de Márcia. Márcia é uma criança que ainda mama no peito materno, de trinta em trinta minutos aproximadamente. Durante o tempo da entrevista a menina baixava a blusa da mãe de tempo em tempo para mamar. Não havia limite entre seu corpo e de sua filha. Esta situação deixou a pesquisadora desassossegada.

O marido de Ana Maria tem esclerose múltipla, doença que vem lhe acompanhando faz dez anos. A perna de Mariano está atrofiando e lhe impondo restrições. Ana Maria comenta que acha seu marido valente e corajoso. Eles já se separaram em dois momentos e foi bastante difícil uma reconciliação, pois estava determinada a manter a separação, pois acha *“que quando um relacionamento não dá certo, mesmo a gente gostando, tem que, tem que largar de mão, já tentou, né, não deu. Então tem que partir pra outra, tem que ser assim”*. Ana Maria fez uma série de ‘exigências’ para aceitá-lo novamente e, segundo ela, agora estão *“no paraíso”*.

3.1.4.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

A mãe de Márcia transita ora por um reconhecimento do diagnóstico de asma de sua filha, ora por uma interrogação quanto ao reconhecimento deste diagnóstico, *“é uma coisa dentro de mim quer não quer que ela tenha”*. Comenta que recebeu bem o diagnóstico, mas que a partir daí vieram as lembranças de sua infância, onde presenciou várias vezes as crises de asma em seu avô paterno: *“mas eu, eu fiquei preocupada, lembrei como era horrível, você ficar com falta de ar”*. Ana Maria também teve asma quando pequena, mas não diz recordar de ter usado medicação para asma (bombinha). Recorda sim, da falta de ar que já sentiu.

Para ela, asma de Márcia é obra do destino, *“eu acho que as coisas, elas acontecem na vida da gente e não adianta a gente procurar justificativa. É que nem a velhice”*. Ana Maria se percebe uma pessoa estranha por achar que o destino já está traçado, que ele é imutável, *“tu pode amenizar alguma coisa, mas tu não muda”*. Acreditar no destino, *“acho que me convém, mas eu acredito muito no destino, eu acho que, como eu te disse, eu sou muito estranha”*. Acrescenta, ao explicar o surgimento em crianças de doenças como HIV, sífilis, que *“é porque tinha que ser, porque não tinha nenhuma maneira de evitar”*. Curioso que as doenças por ela exemplificadas são passíveis de transmissão materna. Ao ser indagada sobre o destino de Márcia, responde: *“ah, não sei, ela tem que*

viver a cada dia. Tomara que seja bom". Sendo assim, se o destino é imutável, não há espaço possível para o viver criativo. Se o mundo já está dado, e este mundo no momento inicial da vida humana é a mãe, pode-se pensar que não há escapatória possível, há um assujeitamento, onde a potencialidade do sujeito não é reconhecida, impossibilitando-o de se engatar para além do espaço materno.

Acredita que a asma de Márcia está sob controle, sentem-se tranqüilos em relação à doença de Márcia, *"a Márcia não é mais uma preocupação assim, ai, tá doente, meu Deus do céu, não é aquela coisa assim..."*. A mãe comenta que sua filha não apresenta sérias crises de asma. Sua dificuldade de respirar é somente passageira. A situação, segundo ela, está sob controle. Sob o controle materno?

As manifestações psicossomáticas em Márcia iniciaram aos três meses de idade, quando foi diagnosticado pontada de pneumonia. Todavia, ao tratarem-na durante três meses e não obterem melhoras no seu quadro resolveram encaminhá-la a um pneumologista infantil. A partir daí começou a ser tratado de asma.

Ao associar a asma de Mariana com a asma de seu avô, Ana diz que era *"que nem incêndio também. Era assim do nada, gratuito"*. Acrescenta que pede a Deus para não ver sua filha do jeito que via seu avô, e até agora, tem sido atendida. Todavia, sabe-se que o incêndio, quando acontece, não surge gratuitamente, *"do nada"*.

3.1.4.3. Lugar do pai no discurso materno

Na fala de Ana Maria seu marido é um homem bastante *"centrado, corajoso, valente"*. Mariano apresenta uma degeneração, uma paralisia que até pouco tempo tinha como diagnóstico *"paralisia de causa desconhecida"*. Depois de oito anos sem ter um diagnóstico preciso, está sendo acompanhado por um médico que identifica sua patologia como *"esclerose múltipla"*. Apresenta uma atrofia na sua perna direita. Ana Maria diz que Mariano é muito engraçado, ela faz piada com a sua situação, *"ele é muito engraçado (risos)"*, *"ele é muito, muito, ele é muito corajoso"*. Ao relatar sobre a doença de seu marido, Ana Maria expressou sentimentos opostos, foi do choro (quando se referia ao fato do diagnóstico e a limitação decorrente da doença de Mariano) ao riso (ao referir-se ao fato dele conseguir fazer piada com sua doença).

A participação de Mariano nos cuidados de Márcia é restrita, “... *não, não, não cuida muito assim*”. Ele costuma acompanhar Ana Maria nas consultas médicas até o hospital. Justifica esta restrição devido ao seu trabalho, pois sai muito cedo e volta de madrugada.

Segundo ela, Mariano é um “*pai de visita*”. No entanto, ela reconhece Mariano como “*bom pai*”, “*eu acho ele preocupado, dedicado, atencioso, atento*”. Para ela, ele a surpreendeu, acreditava “*que ele ia ser um péssimo pai*”, “*no entanto ele é muito, muito, muito atencioso, muito carinhoso*”. Nos dias de sua folga, quando ele sai, tem o hábito de levar a filha mais velha, Mariane, junto com ele. A Márcia, entretanto, não é possível levar, pois ainda requer ficar um tempo demasiado no colo, e ele não tem condições de ficar sair com ela nestas circunstâncias. Conta também que ele brinca com ela todos os dias, “*hoje mesmo já brincaram antes dele sair*”. É possível observar que Mariano é reconhecido como um bom pai. Há valores preservados os quais evidenciam que não há uma sabotagem por completo da função paterna, ela consegue reconhecer que um homem se faz necessário. Algumas características masculinas são valorativas.

Na relação de Ana Maria e sua filha há algo da ordem de real que está muito forte nesta dinâmica entre mãe e filha. Trata-se da amamentação, onde a mãe não consegue fazer o distanciamento necessário dando espaço para que seu corpo seja tomado também pela via significativa. Ana Maria ‘amamenta’ sua filha de trinta em trinta minutos, como um bebê, ou mais que um bebê, pois com um bebê, na maioria das vezes, tende a se organizar dando um maior espaço de tempo entre uma mamada e outra. Sendo assim, no que diz respeito a função paterna, Mariano não está conseguindo, conforme evidencia Mannoni (1982/1986), ajudar Ana Maria e sua filha a romperem este vínculo estabelecido de puro apego entre elas para que possa cumprir sua função. Desta forma, escreve Rocha (1998) será impossível que se instale então a entrada de um terceiro, o Mariano, neste caso, para que Ana Maria e sua filha saiam desta relação dual e o investimento libidinal materno seja direcionado para além de sua filha. Este aspecto será mais detalhadamente discutido no tópico “Outros aspectos da dinâmica entre Ana Maria e Márcia”.

Ana Maria descreve a relação do casal com sendo boa, “*eu acho que a gente tem boa relação, um bom entendimento, briga, mas se briga muito pouco. Talvez porque já nos separamos*”. Diz que já ficaram cinco meses separados, e que o motivo era devido ao fato dela gostar de jogar sinuca. Nos fenômenos psicossomáticos a função paterna opera de forma fragilizada, ou seja, ela tem possibilidade de inscrever, mas não eficazmente. Acho que este aspecto que ela designa como promotor de suas dificuldades parentais, a sinuca, representa a diferença. Trata-se de um jogo eminentemente masculino, onde Mariano têm êxito, ou será, tinha êxito? Ele frequentemente

ganhava dinheiro com o jogo de sinuca, recebeu vários troféus, mas Ana Maria achava “*que tudo vai bem até o dia que vai mal*”. Ana Maria consegue reconhecer valores paternos, tais como valentia, coragem. Todavia, existem valores os quais sabota, e os expulsa, tal qual a sinuca. Diz que a “*rebeldia*” dele é jogar sinuca. A sinuca demarca, nesta configuração familiar, o traço da diferença, traço este que Ana Maria faz questão de excluir. Achava que este contexto de jogo não era para pessoas que querem levar uma vida “*decente*”. Eles se separam duas vezes e enfatiza que se houvesse uma terceira separação, esta seria definitiva. Segundo ela, ele realmente modificou. Eles pouco brigam, “*ele costuma fazer as coisas assim, sempre da melhor forma*”, da melhor forma para quem? Para Ana Maria, certamente. Para ela, “*ele já não bebe, não fuma e agora não joga. A gente tá no paraíso*”.

Como tem sido destacado constantemente neste tópico, tal qual assinala Guir (1987/1990), que no funcionamento psicossomático, o significante Nome-do-Pai tem um registro singular, incidindo de forma inoperante fazendo com que as manifestações somáticas possam surgir. Na trama familiar deste casal, há um ponto que remete a exclusão da figura do pai e, neste caso, do não reconhecimento da função paterna. No nascimento de sua primeira filha, Ana Maria correu risco de vida e teve que se submeter a intervenções cirúrgicas. Diz que se sentiu “*podre*”, “*eu pra mim, tava podre*”. Esta situação a colocou em uma perspectiva de morte, na qual temeu deixar sua filha sozinha. Conta, ao ser indagada se chegou a correr risco de vida que “*eu acho que tinha mesmo, porque eu tinha, tinha pressão alta, um monte de coisa, então tinha um certo risco, sabe. E, mas o meu medo ali não era morrer, o meu medo ali era minha filha ficar desprotegida, mas até então... (choro) eu não tava levando em consideração que o pai dela tava ali, entendeu? Eu não... pra falar a verdade, eu só não tava nem pensando nele. É, eu acho que não tava pensando nele, que eu tava com medo de deixar ela desprotegida... de... de não deixar... eu acho que eu penso que eu protejo demais*”. Ana Maria também foi uma criança asmática, desta forma, há na sua própria estruturação psíquica, falhas na função paterna. Como veremos adiante, no item “Outros aspectos da dinâmica entre Ana Maria e Márcia”, há uma indiferenciação que se ‘dá a ver’ na amamentação, e que diz respeito a sua própria existência. Isto é, remete dinâmica estabelecida entre Ana Maria e sua mãe. Mariane (primogênita) é uma filha que não estava endereçada ao pai, a referência não estava colocada em Mariano. Pode-se pensar que esta filha não era a filha deste pai. Se não, a quem estava endereçada? Trata-se de uma filha de geração espontânea, trata-se de um endereçamento a mãe? Todavia, não era ao pai de Mariane a quem recorria, ela esquece do marido. Assim sendo, parece que ali a função paterna não fazia a diferença, não era considerada.

O que parece haver, nesta dinâmica familiar, é a possibilidade de que a função paterna faça amarras, ainda que fragilizadas, não engata com ‘nós de marinheiro’ o barco materno para que possa ancorar, mesmo que por alguns momentos.

3.1.4.4. Situações identificadas como angustiantes maternos

Na gravidez de Márcia, Ana Maria conta que não queria ficar grávida, não queria ter outro filho, mas não sabia porque. Sua fala leva a pensar que esta situação que se encontrava, de estar grávida novamente, reporta-a a uma experiência anterior vivenciada por ela como traumatizante: sua primeira gravidez.

No nascimento de sua primeira filha, Mariane, Ana Maria passou por momentos bastante difíceis, quando, segundo ela, teve um parto bastante demorado e a médica a teria “forçado” a um parto normal, teria insistido durante todo o dia para que fizesse força até que ela desmaiou e então, para ela, neste momento a médica teria percebido que não havia condições de ter sua filha assim, e a encaminhou para uma cesárea de emergência. Sua filha nasceu “deformada”, parecendo um “extraterrestre”, pois havia passado da hora. Lembra que “a minha filha era horrível” e aquela cena a havia deixado muito entristecida. Disse, ao ser indagada, que o que a havia entristecido era a forma como a tinham tratado, ninguém a havia respeitado, e não o fato de ter visto sua filha toda deformada. Somam-se a isto de ter havido seqüelas da cesárea e terem provocado a necessidade de que realizasse três intervenções cirúrgicas em torno de dez dias, a contar o nascimento de sua filha; e também o fato de que nesta época ela e seu marido perderam aquilo que haviam construído até então, um bar, que fora arrombado duas vezes. Perderam, desta forma, todas as suas economias. Estes episódios concomitantes a um momento especial, que é o nascimento de um filho, foram fatores traumatizantes em sua vida e no momento em que engravida novamente, ela é colocada diante de uma situação que reedita o trauma anterior, o que pode ter contribuído para que Ana Maria rejeitasse uma nova gravidez. A gravidez para ela havia sido vivenciada com situações de perda, o que atrelou esta experiência como sendo algo assustador. Tão assustador que era algo da qual ela não tinha consciência, ela não queria a gravidez de Márcia, mas não sabia porquê. Ou seja, havia motivos inconscientes que a levaram a rejeitar sua gravidez. McDougall (1989/1996) escreve que o inconsciente da mãe rege a qualidade da presença materna e a forma como ela se vincula a seu filho. Acrescenta ainda, que o inconsciente materno é estruturado a partir dos referenciais paternos e de suas vivências infantis. Sendo assim, uma situação traumatizante como esta que Ana Maria se

deparou pode ter produzido um entrelaçamento de origem inconsciente que liga nascimento à perdas, em detrimento dos possíveis ganhos oriundos de sua gravidez.

Outro aspecto a ser salientado diz respeito ao fato de ter se sentido sozinha e abandonada neste momento difícil, o nascimento de sua primeira filha. Disse que sua família não sabia sobre o que estava lhe acontecendo, o que faz pensar que Ana Maria revive neste momento, o abandono sofrido na infância. Este fato ocorrido sua infância não passou sem efeitos para Ana Maria. O afastamento materno foi significado por ela como sendo coisa do “*destino*”, todavia reconhece que gostaria de dar as suas filhas o que não teve enquanto filha, “*não por culpa de minha mãe*”.

Ana Maria surpreende durante a entrevista ao dizer que com trinta e quatro anos está “*se aproximando da morte, eu tenho pavor*”. Esta surpresa levou a pesquisadora a investigar do que falava ao falar assim. Ela diz que tem “*horror a morte*”, que “*e assim que tu vai vivendo, né, só morre quem envelhece, né, só morre quem envelhece nada, só vive quem envelhece, né. Quem não envelheceu aqui morreu e não nasceu, né*”. Diz que “*é desesperador, que, pensa bem! Se tem os filhos, cuida, cuida da sua casa e você sabe que de repente amanhã pode não tá mais ali*”. Indaga-a desde de quando estes pensamentos a acompanham, se é algo freqüente, ao que responde: “*desde que eu me conheço por gente*”. No discurso social este provérbio é designado como ‘desde pequeno’, ‘desde criança’, ‘desde sempre’, ‘há muito tempo’. Conta que é algo que está ali, “*toda vida martelando, que pra que tudo isso, sabe, pra que a gente tem que trabalhar ou viver alguma coisa, passar trabalho... provavelmente amanhã nem tá aí, ou daqui a pouco. Tu não acha que isso tudo é uma coisa muito doida? (risos) Tu não acha? (risos)*”. Conta que pensa nisto muitas vezes no mês. Quando está plantando milho, se questiona se estará viva para vê-lo crescer, e acrescenta “*ai, olha só o que eu pensei: não, mas se eu não morrer, eu vou comer o milho. (risos) É uma coisa que..., tudo isso com muito medo. Eu tenho muito medo de morrer*”. A perspectiva da morte para Ana Maria parece remeter ao retorno ao *in útero*, sendo uma forma de recriar o paraíso perdido, para responder ao gozo materno. Sendo assim, isto só é possível se o sujeito se mantém no corpo materno. Se o sujeito se mantém colado ao corpo materno, não há espaço psíquico e então não há liberdade de fabricar o corpo, isto é, ir transformando este corpo em um corpo pulsional, atravessado pela linguagem. Desta forma, o sujeito é a morte, morte psíquica. Os pensamentos constantes que acompanham Ana Maria fazem parte de seu cotidiano, como se a mãe estivesse permanentemente dizendo que ela não pode ser. Não há articulação simbólica possível.

Fala também, ao ser perguntada sobre se havia passado por alguma situação limite, que não, “*eu não tenho nenhum..., eu não tenho (... inaudível). Eu me esqueço de muita coisa e tu pode me*

perguntar o que tu me perguntou primeiro que eu não sei, tá. Eu, eu me esqueço, eu esqueço data, eu já esqueci até a data do nascimento da minha filha” . Depois acrescentou que já esqueceu o aniversário de suas duas filhas. *“Quando a Márcia nasceu, a Mariane foi pra Florianópolis e eu fiquei com a foto dela e eu olhava todo dia... eu esqueço o rosto da pessoa, o nome, e se eu lembro de uma coisa, não lembro da outra, não sei de onde conheço. Tá, às vezes lembro, às vezes não lembro”*. O esquecimento de Ana Maria leva a pensar que o que se dá nesta dinâmica, é um esquecimento para além da questão mnemônica? *“Eu me esqueço”* de mim? Eu me entrego ao Outro materno? Ana Maria fala que seus esquecimentos estão mais fortes depois do nascimento de Mariane (primogênita). Acha que isto *“vai passar, talvez quando, quando... eu morrer (risos). Isso passa”*. Os esquecimentos também se ligam a aniversários, que são datas de nascimento, e foram potencializados a partir do nascimento de sua filha. Filiação esta que não estava remetida à lei do pai. Ele não foi lembrado, foi esquecido.

Diz que tudo isto a faz chorar muito, diz que *“eu choro muito, (choro) depois disso também eu fiquei muito mais emotiva, eu choro por qualquer coisa, agora, entende”*. O choro, tal como escreve Jerusalinsky (1984), é uma forma comunicacional muito utilizada pelos bebês.

Ana Maria traz histórias de morte de crianças e diz que isto a *“apavora”*. Conta sobre uma menina, filha de uma prima de seu marido: sua mãe havia dado banho nela, enrolou-a na toalha e a botou na cama. Após, foi tomar seu banho e quando retornou, encontrou sua filha morta. Este bebê tinha em torno de nove meses de idade, e sua filha Mariane estava com quatro meses, sua única filha na época. Diz que ficou muito abalada, não sabe se fizeram autópsia, mas *“eu sei que a menina morreu asfixiada!”*. Não conseguiu participar dos atos fúnebres, *“eu não fui no enterro e eu acho que isso me toca até hoje, né”*. Diz que sempre teve cuidado com suas filhas, talvez porque tenha muito medo de morrer e, conseqüentemente, tem medo que isto *“aconteça com as pessoas que estão próximas de mim ou sob minha responsabilidade”*. Associa, logo após, que sua filha Mariane tinha refluxo e que isto fazia com que Ana Maria não dormisse mais a noite; *“eu me deitava, deixava o travesseiro bem alto assim na cama (risos) A-pa-vo-ra-da!!!”*. Diz, ao falar sobre seus pensamentos, que acha que tem *“alguma coisa que puxa pra dentro de mim”*.

Quando sua filha Márcia estava com nove meses (época da entrevista estava com um ano e três meses), *“morreu uma criança de cinco meses do mesmo jeito. Quer dizer, parecido”*, a mãe desta menina (ambas eram meninas, tal como ela e suas filhas) lhe deu mamadeira e foi estender roupa. Quando ela retornou sua filha tinha se *“afogado”* e estava morta também. *“Isso me apavorou, porque eu também, eu tenho a Márcia pequena, também. É uma coisa assim... tem que ser perto de*

mim? Não pode acontecer mais longe? Ou não pode, seria melhor que não acontecesse”. Diz que tudo isto não é só fruto de sua imaginação, porque os acidentes acontecem todo dia. O relato das duas histórias tem como causa de falecimento asfixia e afogamento, ambas situações onde há fracasso, falha no sistema respiratório, levando ao óbito.

Diz que o fato de pensar em morrer lhe deixa muito mal, *“eu não queria ter medo. E se dependesse de mim eu não queria morrer também (risos). Eu não queria ter medo e não queria morrer também*”. De alguma forma, ela diz que sua morte não está em suas mãos. Está em que mãos? Se pensarmos em morte psíquica, encontramos retrospectivamente no final desta linha condutora a relação primitiva estabelecida com a mãe. É importante recordar que Ana Maria também foi uma criança asmática.

Durante a entrevista Ana Maria falou em morte aproximadamente vinte e duas vezes, usando esta palavra ou similares, tais como: morrer, morreram, faleceu, morreu.

3.1.4.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce

No que diz respeito à infância de Ana Maria, diz ter sido criada por sua irmã mais velha. É de uma família de nove irmãos. Seus pais moravam em uma fazenda em um estado do nordeste do Brasil e que teria ido para a cidade para estudar. Acrescenta que não teve o dia-a-dia com sua mãe.

Ao ser indagada sobre sua infância, responde que não tem lembranças de quando era pequena e acrescenta que *“nenhuma foto eu não tenho*”. Lembra apenas que sua irmã, a quem chamava de mãe, disse sua filha, Márcia, é muito parecida com ela quando ela pequena. Porém, ao relatar que foi criada por uma irmã mais velha, comenta que cresceu longe de sua mãe com quem costumava passar as férias. Diz que sentia que esta a protegia demais e exemplifica dizendo que sua mãe a achava criança para conversar com ela, pra falar com ela sobre seus problemas, preferindo conversar com suas irmãs, *“tinha muitas coisas que eu não podia saber*”.

Ana Maria criou uma teoria própria sobre o amor de uma mãe por seu filho. Acredita que o amor materno é fruto de um convívio diário que necessita ser regado constantemente como uma folhagem, para que possa se desenvolver e enfrentar as adversidades que a vida impõe. Diz que *“se você não conviver, cê não tem como amar*”, *“não adianta você ter um filho e ah, vou levar pra minha mãe cuidar, vai ver teu filho uma vez por ano e quer dizer que ama, que o amor é a mesma coisa, não é... pra mim o amor nasce e cresce ali no dia-a-dia, tem que tá junto, tem que conviver, tem que passar trabalho unto, tem que passar alegria junto, tem que tá ali*”. Ao teorizar sobre o

amor materno, Ana Maria expõe que sua mãe não exerceu a função de mãe conforme aquilo que acredita ser um verdadeiro sentimento maternal de uma mãe por seu filho. Admite, ao formular esta questão, que sua mãe deixou a desejar como mãe, talvez deixou de desejá-la enquanto mãe, ou então, que não havia desejo, havia uma indiferenciação, que impedia que o desejo fosse lançado para além do espaço materno ou talvez, do corpo materno. Desta forma diz tentar dar as suas filhas o que não teve. Dar ao filho algo que não se teve ou algo que carece é uma tarefa muito difícil. Como já foi citado anteriormente, as vivências maternas decorrentes de sua infância precoce são importantes na forma relacional estabelecida da mãe com seu bebê. Mannoni (1982/1986) afirma que as condições que uma mãe tem para maternalizar seu filho está relacionada com a forma que ela foi maternalizada enquanto bebê.

Ana Maria está há treze anos sem ver sua mãe, a quem diz sentir muita saudade. Comenta que no momento em que ia visitá-la, engravida de Márcia, fato este que atribui como motivo de desistência de sua viagem. Pode-se pensar que esta gravidez ocorreu em uma época indesejada, pois estava se mobilizando para uma viagem de regresso a sua terra natal, de reencontro materno. Atualmente ela não vê perspectivas de realizar este projeto.

3.1.4.6. Outros aspectos da dinâmica entre Ana Maria e Márcia

No que diz respeito às expectativas do nascimento de Márcia, Ana Maria descreve como sendo uma gestação sem expectativas, não imaginava nada sobre seu futuro bebê, não imaginava rosto, sexo, pois não o desejava, não queria estar grávida. Esta falta de investimento imaginário no seu filho impede que esta criança seja tomada de forma antecipatória por sua mãe. Assim, como descreve Andrade (1998), é a antecipação feita pelos pais sobre seu futuro filho que o coloca desde já em seus mundos. Mundo discursivo em um primeiro momento, e que os possibilita que construam um lugar para este filho que está por chegar. Todavia, não há por parte de Ana Maria esta disponibilidade interna de alicerçar seu filho imaginariamente. Posteriormente aos três meses diz que como um passe de mágica, no tempo de um *“estalar de dedos eu comecei a aceitar”*, depois acrescenta, *“se tava ali, né, não tinha outro remédio”*. Restava-lhe aceitar esta gravidez, era sua única alternativa, não lhe restava outro *“remédio”*. Acrescenta que *“depois, aí a Maria se tornou assim, uma pecinha muito importante que foi ficando e cada vez mais ela ganha mais espaço”*.

Diz que não queria ter aquele filho, mas ao mesmo tempo não tinha consciência do motivo que pudesse fazer ela se sentir assim. Hoje, ao refletir sobre isto acredita que tenha sido por egoísmo,

por achar que tinha o direito de decidir sobre o nascimento dela ou não. Segundo ela, já havia investido intensamente na relação com sua filha primogênita e pensava que não conseguiria dividir o amor, que não conseguiria gostar das duas, de amá-las. Pondera que *“eu realmente não aprendi a dividir, eu aprendi a multiplicar. Foi bem isto o que aconteceu”*.

Neste período ela recebeu diariamente a visita de uma pessoa determinada, que lhe deu de presente uma bíblia e dizia-lhe que o filho que estava esperando era obra de Deus, que ela um dia iria amar seu filho. Ela contrapunha: *“eu não vou amar coisa nenhuma, não vou amar esta criança porque não quero esta criança!”*. Esta pessoa a estimulava a colocar para fora o que estava sentindo e lhe falava que um dia iria rir de tudo. Ana Maria fala *“quisera eu sorrir de tudo que eu falei, eu sinto é remorso quando olho pra minha filha, da maneira que ela me ama e da maneira... (choro) Ai meu Deus! Como dói eu saber que eu, que eu não quis aquela gravidez. Mas eu vou superar isso, eu vou superar porque a minha filha, ela me ajuda muito. Não é linda?!”*. O ser humano será constituído por uma rede de significantes que ajudarão a compor sua história, e a história de Márcia está alicerçada no fantasma materno.

A receptividade da mãe ao filho, nas palavras de Mannoni (1982/1986) possui intrínseca relação com os cuidados e investimentos maternos que recebeu em sua infância, acrescentando que esta vem carregada de sentimentos como agressividade, culpa, dependência, compondo assim, sua bagagem emocional. É interessante que a asma de sua filha também é considerada como obra do *“destino”*, sentida como algo imutável, possível de ser amenizado, porém não é modificável. Esta concepção a coloca em uma posição passiva diante das vicissitudes de sua vida. Passiva frente ao seu destino e ao destino da doença de sua filha, não restando assim, nada a fazer. Isto é corroborado quando fala que o ser humano se acostuma com tudo.

Há também outro ponto a ser destacado que sinaliza uma correspondência entre as vivências infantil de Ana Maria e de sua filha Márcia. Ana Maria relata que quando pequena sempre foi muito protegida por sua mãe, no entanto, exemplifica com situações que tendem mais a exclusão do que a proteção. Refere que quando pequena sua mãe não compartilhava sobre sua vida (da mãe) com ela, pois era muito pequena, e que o fazia com suas outras filhas. Afirma que havia coisas das quais ela não podia saber. Da mesma forma, comenta que uma de suas características é procurar proteger demais suas filhas, e se interroga se ela realmente consegue protegê-las: *“eu não sei se isso que eu faço com as minhas filhas, da maneira que eu protejo, elas se sentem protegidas e encaram dessa maneira”*. Isto reforça a idéia de que a mãe irá lidar com seu filho a partir de suas experiências pessoais enquanto filha, conforme o êxito da relação estabelecida na sua primeira infância quando

também era um bebê, e, de acordo com Szejer e Stewart (1998/1997), trata-se de uma vivência singular que não se repetirá, mesmo que venha a se tornar mãe novamente.

Um aspecto relacional a ser destacado no presente estudo de caso é a amamentação de Márcia. De acordo com Jerusalinsky (1984), no que diz respeito às mães ávidas por sua maternidade, trata-se de um ato que proporciona uma satisfação recíproca entre mãe e filho. É uma forma de prolongamento corporal que transforma a separação brusca do parto em um distanciamento mais lento e gradual. E posteriormente, acrescenta Molina (1997), o desmame é acrescentado lentamente e gradualmente por intermédio da colaboração materna. Este processo que inicia na amamentação e se direciona para o desmame parece estar bastante truncado na relação estabelecida entre Ana Maria e sua filha Márcia. Ana Maria tende a amamentar sua filha sempre quando esta lhe solicita, parecendo não existir uma fronteira entre seu corpo e de sua filha. A filha toma seu peito desmedidamente, parecendo buscar alívio para sua angústia. Sabe-se que o desmame cumpre a função de contribuir no processo de diferenciação que o bebê começa a estabelecer entre o que é interno e externo. Molina (1997) descreve esta etapa como um momento onde a criança iniciará um processo de auto-sustentação, deixando então de somente tomar emprestado as imagens que sua mãe lhe oferece, para construir suas próprias significações que o ajudem a tolerar as frustrações maternas e prolonguem sua capacidade de esperar. Neste ponto Ana Maria parece não conseguir contribuir para que esta diferenciação se estabeleça e que impulse sua filha a iniciar um lento processo de individuação. Ana Maria não consegue fazer com que sua amamentação cumpra sua função simbólica, de possibilitar que Márcia, ao mamar, inicie um processo de busca de novas experiências, de novos objetos que se tornarão representativos desta primeira experiência de satisfação infantil, conforme ressalta Freud (1905/1972).

Desta forma, há uma relação pautada na ausência de deslocamentos significantes que poderiam lhe garantir a possibilidade de engate no social. Para Márcia, sua mãe é teta. Ela não consegue suportar a ausência materna porque não há uma diferenciação entre ela e sua mãe. Assim, a marca materna não consegue se inscrever e, portanto, Márcia precisa mamar a todo instante como forma de recolocar o traço materno para que a mãe não desapareça. O leite ofertado é somente matéria, e não é, neste caso, um veículo que conduz as palavras da mãe à criança auxiliando em sua estruturação simbólica, tal qual fala Molina (2001). Se sua mãe não fosse somente teta, seio, ela então poderia se acalmar ouvindo a voz materna, ou ao estar no colo de sua mãe, o que não acontece. Ela somente se tranqüiliza, ainda que provisoriamente “*de meia em meia hora ela tá ali no meu pé*”

(e de pé, pois já caminha) com a sua boca no seio da mãe. Márcia, conseqüentemente, não consegue fazer a passagem que lhe possibilitaria substituir o seio materno por outros representantes da cultura.

Ana Maria não consegue suportar o choro de sua filha, e tenta tamponar sua angústia através do peito que lhe oferta. Todavia isto se torna um círculo vicioso, pois se sabe, como afirma Lacan (1964/1988) que não há objeto que traga satisfação plena. Assim a mãe tenta recobrir o que não pode ser recoberto com seu peito, tornando-a “*viciada em peito*”. Ela afirma que para ela é mais difícil que para sua filha concretizar o desmame. Sente-se culpada por haver rejeitado sua filha e não consegue estabelecer limites na sua relação. Outro exemplo da falta de barreira entre a díade é exemplificada quando Ana Maria procura fazer sua filha dormir e esta, irritada reage mordendo-a, o que diante disto nada faz para marcar um limite entre seus corpos.

Esta mãe reconhece que tem uma dificuldade em desmamar sua filha, acreditando que desmamá-la, só será possível se sair de manhã cedo e retornar somente à noite, “*daí se ela chorar de saudade eu não vou ouvir o choro dela, não vou me comover*”. Como se dissesse também, ‘não tenho como ver’. Comenta ser mais difícil para ela que para sua filha, pois não consegue vê-la chorando, “*deixar ela chorando é muito, é uma coisa que... eu posso evitar, né, então eu não deixo chorar, eu dou o peito e no que depender de mim... Se eu não tivesse que trabalhar, se eu não tivesse que, que sair assim ou se eu pudesse trabalhar e levar ela, mas não tem condições, né, até porque ela caminha, mexe nas coisas, então não, que serviço que eu vou sair e vou levar ela?*”. Se fosse permitido a ela levar sua filha ao trabalho, diz que a levaria tranqüilamente e que a amamentaria sempre que fosse possível. É possível ver/ouvir com bastante clareza no seu discurso o quanto ser mãe está colocado fora do espaço potencial, não há função materna, não a mãe simbólica, há corpo materno. Isto poderá ser morte psíquica, se não houver brechas simbólicas que possibilitem a Márcia ingressar no universo significativo.

Ana Maria conta que quando se ausenta, ao retornar Márcia gruda nela como “*um chiclete*”, mama um pouquinho, pois sua vontade é de “*cheirar a teta, então ela pega só um pouquinho e depois quer ficar comigo. Ai ela me abraça, ela não quer descer do meu colo de jeito nenhum, se eu me levanto, se eu tiver sentada e eu me levantar ela agarra nas minhas pernas e eu tenho que botar ela no colo que se não ela não me deixa caminhar*”. Em todas às vezes que Ana Maria se ausenta sua filha reage da mesma forma.

Formula uma explicação para sua filha lhe solicitar com tanta freqüência, esta reside em um sentimento de “*carência*” que é atribuído a ela. Para ela, Márcia se sente carente, em função de ter sido rejeitada quando pequena, não ter sido desejada, pois segundo ela, Márcia poderia ter sentido

tudo em sua vida intra-uterina, “*eu acho que fica alguma coisinha lá no íntimo, lá no subconsciente*”. Ao ser questionada pela pesquisadora sobre qual “*subconsciente*”, “*íntimo*” que se referia, responde que das pessoas em geral, e associa ao fato de sua própria “*choradeira*” poder ser resultado de seus registros inconscientes. Ana Maria, como veremos adiante, foi ‘abandonada’ por sua mãe.

Ana Maria não suporta o choro de sua filha, não suporta frustrá-la. Assim, Ana Maria tende a não suportar que a falta se instale em sua filha, o que a faz com que estabeleça uma relação de presença massiva, provendo-a de suas necessidades (teta=mãe). De acordo com Mannoni (1982/1986), há uma bipolaridade em jogo, onde deverá se estabelecer uma relação de presença-ausência no vínculo entre mãe e filho, para que um sujeito psíquico possa advir. Assim, parece que neste momento Ana Maria se encontra em uma relação de completude onde não é permitido que a falta se instale, pois como mãe tem dificuldade para lidar com esta situação. Todavia esta falta é necessária à constituição psíquica de sua filha para que ela transforme a falta em uma alavanca para sua capacidade de simbolização. Desta maneira, ela terá que por outros caminhos tentar dar conta daquilo que lhe falta e que sua mãe não consegue lhe ofertar. Esta alternativa presença-ausência, segundo Bergés e Balbo (1996/1997), Mannoni (1982/1986) e Aryan (1993) é promotora da potencialidade simbólica infantil. Ela é salutar e necessária para se estabeleça uma relação desejante e que não afunde em uma relação massiva e alienante em relação ao Outro primordial. Mannoni (1982/1986) escreve que a mãe é para seu filho um objeto amoroso e desta forma ela vale por sua presença. Porém, ao se ausentar ela se torna para ele um agente simbólico. A ausência desta bipolaridade pode provocar um abalo psicossomático, e ao não suportar a dimensão de também estar ausente para sua filha, Ana Maria inviabiliza que sua filha desenvolva uma forma ativa frente suas necessidades. Esta presença massiva está refletida no primeiro vínculo estabelecido entre elas, a amamentação.

Se Ana Maria não conseguir armar sua filha psiquicamente ajudando-a através do ‘pontapé’ inicial materno, poderá dificultá-la no desenvolvimento de suas potencialidades psíquicas, cognitivas, motoras. Potencialidades estas que têm como propriedade o enlaçamento naquilo que é ofertado pela cultura, e que nesta etapa de vida passa necessariamente pela equação materna. Conseqüentemente, ela se encontrará inibida na aquisição de uma identidade.

Kreisler (1978/1981) afirma que há na dinâmica entre a mãe e filho asmático uma relação superprotetora, e que remete à motivações maternas inconscientes. Este é o vínculo estabelecido entre Ana Maria e sua filha. Mantém uma proteção demasiada com suas filhas e sua filha Márcia é

tomada por ela em uma relação fora da situação triangular (Ana Maria, Márcia e Mariano), ainda como um bebê. Talvez por isto perceba como normal o fato de continuar a amamentá-la sem estabelecer os limites necessários a sua finalização, não consegue ver no horizonte o término desta forma relacional, *“ela fica bem no meu pé quando ela quer ficar agarrada na teta. Eu, às vezes eu fico pensando nisso, porque será, que será que é, será que é carência, mas acho que não, acho é o normal de toda criança que mama no peito, né. Eu acho”*. Esta dificuldade de se ‘desgrudar’ de sua filha se estende também, quando, ao falar sobre sua rejeição da gravidez conta que *“eu não consigo me imaginar sem ela, sem nenhuma das duas, mas especialmente sem ela, que eu acho que eu fui muito injusta”*.

A Mariane, sua filha primogênita, reagiu com ciúmes à chegada da nova irmãzinha, ciúme que se mantém até hoje, observado pelos constantes assinalamentos que faz a sua mãe, pelas brincadeiras de arrancar as cabeças e os braços das bonecas, que outrora foram mais intensos, mas que se mantém e pelas tentativas de voltar a mamar no peito. Quando perguntada como Mariane lhe mostra que ela dá mais atenção a Márcia, responde *“é que ela é, como é que eu vou te explicar melhor? Te explicar uma coisa assim bem besta. A Márcia... é uma coisa assim, ó, quando: sai daqui guria! E me escondo atrás da toalha, ela fica falando: a mãe só quer brincar com a Márcia! Eu não tô brincando, eu tô brigando com ela, eu vou botar ela de castigo. Ah, bota eu também (riso). Tudo, tudo, tudo ela quer também. Ela arrancou a cabeça das bonecas, arrancou os braços, as pernas, sabe, o quê ela pôde destruir, ela destruiu”*. Isto ocorreu mais na chegada de Márcia, mas *“depois ainda, há pouco tempo atrás, ela ainda desmonta tudo. Fralda, ela pega, bota nas bonecas sem cabeça. Ela pega a pomada da Márcia, ela passa nas bonecas dela. Ah, vou passar no meu filho também. Quando eu vejo, ah, foi a pomada (risos). Eu digo este teu filho tá gastando muito (risos)”*. Sua filha Mariane está mostrando para sua mãe o quanto esta situação a incomoda, e investe agressivamente em suas bonecas, destruindo-as.

Tem um ponto que merece ser destacado. Ana Maria conta que costuma brincar com suas filhas, mas que *“de boneca eu não sou boa de brincar.... eu não sei brincar de boneca, eu não sei brincar de boneca... Eu não sei, vou pegar a boneca e vou fazer o quê com a boneca (risos) eu vou fingir que a boneca é o quê? Não, eu não sei brincar de boneca. Eu, eu arrumo as bonecas, né, da, da Mariane, eu conserto, eu penteio o cabelo, lavo a roupa da boneca, quando a roupa tá suja. E quase sempre tá suja, né. Ela joga as bonecas pro (... inaudível). Mas eu arrumo, visto, tudo direitinho, daí, ó Mariane, essa tá arrumada, tomou banho e tudo. Daí, aí ela fica ali e brinca com a boneca uma semana daí já tem que lavar tudo de novo. Mas ali, no caso pra mim brincar com as*

duas é de pegar, é de esconder, hã, é o bichinho, tem os bichinho de apertar que eu gosto deles, vou te pegar, vou te pegar, e vou assim pra cima dela... Ah, ela adora isso aí. Faço cócegas, mas de boneca eu não sei não". Destaco isto porque há uma carência simbólica em jogo e no jogo, na sua incapacidade de brincar de bonecas. Ela não consegue porque o brinquedo tem função metafórica e, portanto, representacional. Tal como escreve Molina (2001), o brinquedo tem função metafórica e provisória, pois mais tarde este será substituído pela palavra. Contribuirá também para o deslocamento da criança do corpo da mãe. Talvez por isto para Ana Maria seja impossível brincar de boneca, de transitar pela função materna na brincadeira infantil, pois não foi instrumentalizada psicologicamente para tal, não consegue fantasiar. Por isso que é mais fácil brincar de bichos, pois há uma diferença gritante no que é da ordem da necessidade (bicho) e do que é da ordem do desejo (ser humano). Ana Maria não tem a representação do humano, não chegou a construí-la, por isto brinca de bicho.

O sono de Márcia não é um sono tranquilo, e na semana da entrevista constatou que ela chorava dormindo, *"aí eu boto a mãe me cima dela, ou nem precisa, aí ela vira pro lado e continua dormindo. E essa noite ela acordou umas três vezes. Acordou de sentar na cama, aí eu pego ela e ela dorme sentada"*. Conta que nestas circunstâncias ela acordou chorando. Se ela acordar e não encontrar ninguém ao redor *"ela começa a chorar e se tiver alguém em volta ela começa a chorar do mesmo jeito, esticando os braços. Ela tem o hábito de acordar sua mãe para mamar no peito, isto em torno de seis e meia da manhã. Seu pai chega tarde do trabalho, por volta da uma e meia da madrugada, quando ela habitualmente acorda e brinca um pouco com ele. Após o almoço ela também costuma dormir. Ana Maria diz que o que menos gosta de fazer com ela é colocá-la para dormir quando está braba. Uma coisa que eu não gosto muito é quando ela tá bem braba, braba, braba, braba, barba, chorando, chorando, daí sabe aquela criança que reina pra dormir. Ela, de vez em quando, ela... Vi que ela já tá bem agitada. Hoje é um dia que ela não tava muito boa. E, então, tem dias, não é sempre, mas tem dias que ela reina pra dormir, então naquele dia ali, eu não gosto não de, de ficar botando ela pra dormir naquele dia, que ela me morde (risos). Não é mole a minha filha? E ela chora, chora, chora, chora, chora, chora"*. Indago-a sobre o que faz quando Márcia a morde, *" eu não faço nada, eu só digo, ai Márcia, tá doendo, tá doendo. Aí ela olha pra mim assim, ó, eu brinco com o meu (... inaudível) nos dente dela, mas é, mas daí... é que eu não consigo, nada que eu faço eu consigo acalmar ela, ela fica calma quando ela quer mesmo, que é aquela birra sabe, de querer dormir e não querer, não sei como é que é, não sei porque que as crianças choram pra dormir"*. O par antitético sono- vigília é um dos ritmos biológicos de extrema

importância na relação entre mãe e filho. É uma forma de comunicação que pode vir a assinalar algum padecimento por parte da criança. Jerusalinsky (1984) escreve que quando há uma desregulização deste ritmo biológico, seu poder é de irritabilidade materna e que a capacidade paterna de fazer a contenção tem papel decisivo. Em outras palavras, se em tais circunstâncias for possível acionar o sistema de pára-excitação paterno de forma eficaz, como fala Debray (1997/1999), haverá a proteção necessária para que os excessos oriundos interna e externamente não desorganizem seu precário sistema psicossomático.

Aos quatro, cinco meses de gravidez foi acompanhar sua filha primogênita em um exame de raio X da face “*e acabei que não dei conta do, da angústia que eu tinha e entrei lá na sala de raio X*”. Posteriormente a este episódio foi necessário que ela fizesse uma ecografia mensalmente para acompanhar o desenvolvimento gestacional. Esta situação colocou em risco a vida de sua filha, e com possibilidade de deixar seqüelas. Ela fala de sua angústia, e que esta a levou a correr riscos.

Ao ser indagada como se vê como mãe, diz que acha que é uma boa mãe, “*eu tento dar o melhor de mim*”, porém, isto é traduzido em números lhe dando espontaneamente uma nota dois e meio, em uma faixa que vai de um a cinco. Atualmente Ana Maria não está trabalhando fora de casa, passa a maior parte de seu tempo com suas filhas.

3.1.4.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial

A primeira entrevista com Ana Maria transcorreu com a participação de sua filha, pois houve resistência de deixar a Márcia com a colaboradora da pesquisa. E, a segunda entrevista, realizada na semana seguinte a primeira, ocorreu sem a presença de Márcia.

Na primeira entrevista o tipo de vínculo entre mãe e filha causou impacto na entrevistadora, pois a filha de Ana Maria freqüentemente levantava a blusa de sua mãe e se punha a mamar. Na verdade, ela praticamente não mamava, somente colocava o seio de sua mãe em sua boca, alternando constantemente, numa inquietude que mobilizou a pesquisadora. Este comportamento de sua filha era natural para Ana Maria, não mostrando nenhum mal-estar com a situação. Já para a entrevistadora, a situação que se apresentava era inquietante, pois não percebia nenhum limite, nenhuma barreira entre o corpo de Márcia e de sua mãe.

No transcorrer das duas entrevistas, Ana Maria se mostrou bastante espontânea e expressou sentimentos diametralmente opostos: ia do riso ao choro. Todavia, ela mostrou-se mais chorosa

que sorridente nas entrevistas. Na fala de Ana Maria, as emoções eram evidenciadas de forma enfática nas entonações de seu discurso.

3.1.5. Caso 5: Fabiana

3.1.5.1. Síntese do Caso

Fabiana é mãe de Heitor, que tinha dez meses na época da entrevista. Ele é filho único. Segundo Fabiana, a asma de seu filho é hereditária, pois a família de Nestor, seu marido, tem: ele, alguns tios e irmãos. Quando Nestor era criança, sua asma era bastante forte. Hoje em dia a manifestação psicossomática é mais rinite alérgica. Ele ainda tem que usar bombinha quando necessário. Mas, na entrevista a rinite se destacou mais.

A asma de Heitor começou quando ele estava de quatro para cinco meses. Iniciou com febre, tosse, o peito chiar. No início, Fabiana chegou a pensar que fosse resfriado. Porém, vieram-se os sintomas da rinite e dificuldade para respirar. Foi neste momento, então, que resolveram procurar o médico. Sua sogra vinha tratando seu filho no HMIPV e insistiu que fosse levar o Heitor lá, pois confiava muito no médico desta instituição. Assim, ele começou a fazer tratamento para asma. Fabiana acredita que isto é coisa de bebê, que irá passar.

Trata-o como uma criança normal, sua preocupação é educá-lo como as outras crianças, quer que ele cresça sem restrições, apesar da asma. Diz que recebeu bem a notícia, acha que é normal ter asma. Comenta que desde que iniciou o tratamento ele começou a melhorar significativamente. No intervalo entre as últimas consultas ele não tinha tido nenhuma crise. Sua asma é bastante leve, nunca precisou internar. Seu marido, frente aos cuidados de Heitor, é bastante nervoso, “*neurótico*”. Está constantemente controlando seu tratamento, se está sendo feito de forma adequada.

Em relação à gravidez, diz que não foi planejada. Nestor e ela eram namorados há aproximadamente um ano. Ficou muito surpresa com a gravidez, ficou apavorada, não sabia o que fazer. Todavia, a reação de seu marido, na época, a surpreendeu. Ele ficou extremamente feliz com a notícia e isto a contagiou.

No período que engravidou diz que estava bastante revoltada, pois havia perdido seus pais havia mais ou menos um ano. Conta que sua mãe tinha câncer no colo, no reto, há cinco anos. Desde então seu pai vinha cuidando sistematicamente de sua mãe. Apesar de estar doente ela continuava trabalhando como professora. Sua mãe, então, resolveu visitar uma irmã que morava em São Paulo, e assim, deixar seu marido descansar um pouco. Saiu em um dia e no outro dia ele teve um enfarto

fulminante, ficou quatro, cinco dias hospitalizado, vindo a falecer. Sua mãe, após o ocorrido, baixou o hospital quatro dias depois, e aí realizou em torno de cinco intervenções cirúrgicas, no período de um mês. Descobriu-se que estava com metástase, falecendo quarenta e oito dias após seu marido.

Fabiana comenta que seus pais eram muito unidos e um casal feliz. Em consequência da morte de seus pais, ficou com dois irmãos menores para cuidar. Estava na época com dezesseis anos. Sua avó materna passou a morar com eles. Em torno de um ano após o falecimento de seus pais começou a namorar o Nestor. Nesta época, conforme comentado anteriormente, estava revoltada, dizendo que não gostaria de ter filhos, que não queria que seus filhos passassem pelo que passou. Entretanto, ficou grávida e se contagiou com a alegria de seu marido. Hoje em dia acha que isto foi muito bom para ela. Adora ser mãe e acredita que é uma mãe cuidadosa e rigorosa. Para ela, ser mãe é algo natural.

Porém, sente medo de não conseguir criar seu filho, e desta forma, tem receio de vir a ser mãe novamente, pois acredita que seu medo será potencializado. Comenta que é uma mãe coruja, tudo o que seu filho faz ela se encanta. Gosta muito de ficar com ele, cantam juntos, conversam, brincam.

Em relação ao seu marido, diz que ele sempre foi um pai presente, sempre a acompanhou em todas as visitas médicas. Fabiana acha que ele é um homem com personalidade forte, se destaca em tudo o que faz, é um líder. No entanto, ele também é uma pessoa autoritária, possessiva, controladora. Conta que costumam conversar bastante, procuram não divergir nos cuidados com o Heitor. Acha que o Nestor é muito parecido com seu pai, que era um herói para ela. Nestor é seu amigo, companheiro, pai e mãe.

Da história de sua família conta que seus pais trabalhavam muito, necessitando ficar a maior parte do tempo fora de casa. Sendo assim, ela ficava durante o dia aos cuidados de babás, que eram amigas de sua mãe e se tornaram suas amigas. Recorda dos cuidados que seu pai lhes dispensava no período da noite. Sua mãe trabalhava, também, no turno da noite. Fabiana era a mais velha de três filhos. Conta que quando alguém tinha qualquer dor, cólica, seu pai preparava chá para eles. Ela tem boas lembranças desta época.

Da época de sua gravidez fala que foi o melhor período de sua vida, se sentia feliz, tranqüila. Fabiana diz que o Heitor nasceu de parto normal, com quatro quilos. Acrescenta que sua única preocupação, quando nasceu o Heitor foi quanto ao fato de achar que não teria leite para amamentá-lo. Na família de sua mãe, comenta que ninguém amamentou, não tinham leite. Então, achava que

com ela o mesmo aconteceria. Entretanto, não foi o que ocorreu. Fabiana amamentou seu filho até quatro meses e meio.

Fabiana diz que é uma pessoa depressiva, que isto vem desde quando era pequena. Sempre se sentiu uma criança diferente, achava que os outros tinham mais capacidade que ela. Diz que tem complexo de inferioridade e, portanto, baixa auto-estima. Para ela, seus pais nunca perceberam nada. Isto piorou quando entrou na adolescência. Na gravidez ela se sentia muito bem, porém, após o nascimento de Heitor “*voltou em dobro*”. Ficou desanimada, só queria dormir, não queria sair de casa. Acha que nunca deixou de lado seu filho, e que seu filho estava sempre em primeiro lugar. Pelo que conta, parece que fazia um esforço tremendo para não deixar de atender e cuidar de seu filho. Hoje em dia acha que isto está se modificando, sente-se mais motivada, dá mais valor às pequenas coisas da vida. Conta que sempre pensou em procurar ajuda de psicólogo, médico, principalmente após o nascimento de Heitor, mas nunca o fez.

Heitor é uma criança que não tem problemas com alimentação, seu sono é tranquilo.

Atualmente seu irmão menor mora com ela, e o outro irmão, que está morando com uma tia virá posteriormente residir com ela. Comenta que seu marido trata seu irmão menor como um filho.

3.1.5.2. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

Para Fabiana, a asma de seu filho é hereditária, “*porque o pai dele tem... na minha família não tem ninguém, agora na família do pai dele, é o pai dele, os irmãos... tem, então no caso dele eu acho que é hereditário, só pode ser, né!*”. Acrescenta que “*o pai dele tem bem forte, era mais forte quando ele era pequeno e agora, depois de adulto, começou a se manifestar depois que ele foi para a cidade onde eu morava*”, “*é região carbonífera, é horrível*”, e agora a asma é constante, necessitando recorrer ao uso de bombinha, principalmente de madrugada, quando as crises são mais fortes. A causa hereditária foi reforçada em uma reunião que o HMIPV faz com os familiares de crianças asmáticas. Conta que nesta reunião explicaram “*os porquês da asma*” e que um dos principais fatores é a questão genética. Winnicott (1988/1990) escreve que a instalação da asma provém de fatores profundos, sejam eles conscientes ou inconscientes, e Debray (1987/1988) ao concordar ele com neste aspecto, acrescenta que em alguns casos a relação estabelecida de “*censura do amante*” (este ponto já foi pormenorizado no caso de Andressa, no tópico “*O lugar do pai no discurso materno*”) pode não ser transitória, se estendendo na vida do sujeito até sua fase adulta de forma arraigada, fazendo com que a asma tenha uma propriedade auto-reguladora de funcionamento

do organismo do sujeito. Isto parece acontecer com Nestor, demonstrando ter uma personalidade de asmático (este aspecto será mais detalhado no tópico, “O lugar do pai no discurso materno”).

Conta que quando Heitor nasceu ele estava com o nariz obstruído e, desde então, tem obstrução nasal. Precisou fazer lavagem duas vezes para que ele pudesse mamar, pois ficava completamente obstruído. Nesta situação seu marido lhe chamou a atenção para tal fato, associando a uma possibilidade de ele vir a ter rinite alérgica, tal qual ele tem. Conta que quando ele nasceu achou que sua narina era muito pequeninha e contou para seu marido, que então comentou: “*ai Fabiana, só falta ele ter rinite que nem eu, né. Já, já o narizinho já tá entupido. Eu não me, no caso, não me... não me veio a idéia, foi dele, sabe. É, pode ser né, só com o tempo é que a gente vai ver, né. E foi assim, né. Ele Que no caso é que se lembrou, eu não me lembrei. Mas não tive medo nem nada, aquela coisa, né. E como depois ele seguiu bem, não teve nada...*”. Neste momento, ainda no hospital, Nestor identificou um traço seu no corpo do filho. Molina (2001) destaca que o pai irá nutrir seu filho com seus próprios traços identificatórios, diferentes daqueles já herdados pela mãe, e o ingressará no social.

À primeira crise de asma de Heitor ela reagiu bem, levou-o ao médico que receitou nebulização. Acredita que cuida bem dele nos momentos de crise, procura tratar dele em casa e leva-o ao médico somente quando percebe que é necessário. Fabiana acha que sua sogra costuma apavorá-la, pois nesta primeira situação, ela estava bem, estava calma, e sua sogra começou a assustá-la que ele precisaria ser internado, necessitaria ir para o balão de oxigênio. Fabiana parece conseguir se colocar, na maioria das vezes, de forma empática no lugar de Heitor, como escreve Winnicott (1987/1988), apesar de ter passado pelo puerpério. Diz que sua sogra é daquelas pessoas que vai ao médico cinco dias por semana e que em função de ela ter um filho pequeno com asma (dez anos), ela fica dizendo para ela o que ela deve fazer. Sua sogra diz à Fabiana para não usar bombinha, etc, e “*eu faço o tratamento que eu acho, que eles mandam. Às vezes até digo pra ela que estou fazendo o que ela fala, senão ela fica me atucando muito, sabe, aí eu falo o que ela... eu digo, não, eu to fazendo. Eu concordo*”. Fabiana encontra, a sua maneira, uma forma de não permitir tanta interferência. A mãe, nos momentos de crise de seu filho, parece não se angustiar intensamente, diferindo da maioria das mães de crianças asmáticas, tal qual foi descrito por Debray (1987/1988). Interessante que neste caso, a angústia está do lado do pai, que também é asmático, o que parece evidenciar que ela toma a asma como significante paterno. A questão da asma vem do lado paterno e se soma a falhas na estruturação psíquica materna, fazendo com que haja uma potencialização deste fenômeno.

Conta que seu marido fica bem nervoso quando Heitor está doente, *“ele é bem nervoso, que nem ela também. Só que ele não é tanto. Ele é nervoso, mas nervoso leigo, assim. Que ele não, ele não... ele fica nervoso porque ele não sabe o que vai fazer. Ele não me diz, vamo levar pro hospital, estas coisas assim. Ele ficou bem atacado, no entanto, ele fica bem atacado! Mês passado, logo que o Heitor teve... garganta, probleminha de garganta, a febre deu 40°, sabe, ele fica bem atacado, ele é bem nervoso, ele me liga de dez em dez minutos, ele é bem atacado, sabe”*. Sobre as crises de Heitor, enquanto Fabiana prefere esperar para ver se realmente há necessidade de levá-lo ao médico seu marido insiste no contrário. Não consegue esperar muito, *“no outro dia cedinho, ele já quer levar no médico, eu levo pelo menos pra descarga de consciência pra ver como é que ele tá, né. Ele é bem assim, como é que eu vou te dizer? Ele é até mais rigoroso que eu, sabe, ele é: Fabiana, tu tá fazendo mesmo? Às vezes ele me liga de tardezinha, Fabiana, tu já fez hoje o jatinho nele? Ele nunca se esquece, ele liga sempre, com qualquer coisa que o Heitor tem, qualquer, pra qualquer coisinha que ele tenha, sabe, ele que se lembra sempre dos horários, ele que, ele só me chama pra dar, sabe, pra dar o remedinho”*. Seu marido controla a administração e os cuidados do Heitor. Controlar a doença de seu filho será uma forma, por vias tortas, de ter imaginariamente o domínio de sua própria doença?

Diz que a medicação é dada somente por ela, porque seu marido fica com pena de seu filho e, então, não consegue medicá-lo como deveria ocorrer. Há uma extrema preocupação nos cuidados por parte de Nestor, fazendo com que ele se identifique de uma forma intensa com seu filho. A sua doença e a de Heitor parecem ser para ele, a de uma só pessoa, pois ele chega a esfregar as roupas que Fabiana compra para seu filho em seu próprio nariz e então se esta o irrita, diz que irá irritar seu filho: *“como ele tem rinite, né, então às vezes ele, outro dia eu comprei uma roupinha pro Heitor, ele passou no nariz dele, ai isso aqui tá me, não gostei, porque isso aqui vai atacar ele”*, *“até tá me dando uma coceira no nariz, eu acho que vai coçar o do Heitor também”*. Desta forma, ele parece insistentemente destacar a asma de seu filho, o retira do quarto quando estão estendendo a cama, etc. Kreisler (1977/1978) afirma que com bastante frequência a asma tem um componente alérgico, é desencadeada quando em contato com algum alérgeno, e que o campo alérgico se refere a uma predisposição hereditária. Este aspecto hereditário não é descartado no presente trabalho, o qual, todavia, pretende se centrar nos aspectos relacionais que envolvem a doença. O Nestor parece carecer, muito mais que a mãe, de recursos simbólicos, pois ele reconhece no filho, neste exemplo, um traço identificatório que diz respeito ao corpo. Não se trata de um traço identificatório no imaginário que se refere ao simbólico, e sim trata-se de um traço identificatório que remete ao real.

Não deixa alternativa a seu filho, há uma relação direta: ‘se me ataca, atacará a asma dele também’. Guir (1983/1988) destaca a relevância de investigar nos pacientes psicossomáticos os antecedentes genealógicos, o que permitirá, ao mesmo tempo, dispô-lo dentro seu universo familiar e verificar possíveis traços identificatórios.

A pesquisadora questionou a Fabiana se, neste exemplo, a roupa havia afetado o Heitor, ao qual respondeu “*não. Nem tanto*”. Diz que afetou um pouco pelo fato de ele ter “*essas alergiasinhas*”. Acrescenta que evita limpar a casa, varrer e tirar o pó na presença de Heitor, pois ele espirra até quando ela faz uma comida muito forte. Diz que então “*eu tenho que ser mais cuidadosa, também, só que eu procuro, ver, eu vejo, normalmente. Às vezes assim, olha, que o Nestor ele fala, assim: ai, me irritou, vai irritar o Heitor, então eu procuro ver se vai irritar o Heitor primeiro, pra não ficar muito.., pra não ficar neurótica, ... pra eu não ficar que nem ele, porque eu só acho ele meio neurótico, sabe. Pra não ficar muito neurótica isso, eu procuro ver primeiro se vai afetar ou não, sabe. Às vezes ele diz: Tu não tirou ainda? Eu digo não, mas eu vou ver qual é a reação dele*”. O importante é que Fabiana consegue barrar este ímpeto de indiferenciação que Nestor faz de sua asma e da asma de seu filho. Isto é relevante para a saúde psicossomática de Heitor, conseguindo diferenciar seu filho e seu marido.

Em relação à asma, acredita que tem pessoas que se atacam da asma por fatores emocionais, mas que este não é o caso de seu marido e de seu filho. Acredita que a asma de Heitor irá passar, pois ela “*é fraquinha, eu acho que é uma coisa de bebê*”. Suas crises são normalmente com sintomas de tosse seca, respiração ofegante, normalmente tem febre associada e também diarreia. Nestas circunstâncias ele vomita bastante. Ela costuma surgir quando há mudança na temperatura, resfriado, sereno. Quanto aos cuidados com a asma de seu filho fala ter bastante cuidado “*eu procuro não e nem vou, agora mesmo ele vai começar a caminhar e eu não quero prender ele, eu não quero criar uma criança assim, que não pode fazer nada tá, e ela já me disse que não pode comer picolé, não pode andar, botar o pé no chão nunca, não pode tomar banho de mangueira, não pode tomar fazer..., não vou fazer isso. Não tem porque privar ele de tudo isso, né, eu vou tratar ele como uma criança normal*”.

A asma de Heitor é bastante leve. Fabiana acredita que o tratamento está trazendo bons resultados e que a mudança da técnica, de nebulização para bombinha, também ajudou, pois é uma medicação mais fácil de administrar em seu filho.

3.1.5.3. Lugar do pai no discurso materno

Sobre a gravidez de Heitor, Fabiana conta que o Nestor a surpreendeu, *“até porque a gente só era namorado, né, ele surpreendeu, porque ele, ele ficou assim, numa felicidade toda. Eu sempre falei: pôxa! Como se o primeiro filho, se a gente tivesse planejando o nenê, sabe, ficou numa felicidade imensa. E aquilo me contagiou, sabe”*. Conta que nunca haviam conversado sobre a possibilidade de terem filho, era algo que não cogitava. Estavam namorando há aproximadamente um ano. Szejer e Stewart (1994/1997) escrevem que do encontro entre um homem e uma mulher poderá haver um desejo compartilhado que resultará em um terceiro desejo, desejo este que se encontra encarnado no corpo do filho, podendo ser um projeto de vida, consciente ou inconsciente.

Nestor esteve bastante presente na gravidez, acompanhava a esposa em todas as consultas pré-natais: *“o Nestor, ele participou comigo desde a minha primeira consulta até a hora de, do Heitor nascer. Ele ficou o tempo todo comigo, foi em todas as ecografias, ele foi em todas as consultas médicas”*. Acha que a participação dele foi muito boa, fazendo com que se sentisse mais segura. Disse que por não ter sua mãe junto a ela acabou não querendo mais ninguém, além dele, para acompanhá-la nesta fase. Acrescenta que ele também não deixava ninguém participar. Este período foi *“foi super bom”*.

Nestor e Fabiana costumavam conversar sobre o futuro filho e diziam *“Fabiana, eu não sei porque, qualquer sexo que vier tá bom, mas eu acho que é um menino, ele disse, eu não sei se porque eu sinto isso. Eu disse: eu também, eu sinto a mesma coisa, eu acho que é um menino. Ele disse, sabe que eu até queria uma menina, só que ele falou que queria uma menina, só que ele achava que era menino. Não sei porque. Porque ele achava que tinha cara de pai de menino, sabe, e eu fiquei também, eu sempre tive vontade de ter, se eu tivesse, eu tivesse filho, no caso antes, né, que eu pensava que eu queria ter um menino”*. O casal conseguiu enlaçar seu filho nos seus imaginários e a partir daí Heitor começou a fazer parte desta trama familiar. Nestor e Fabiana conseguem falar sobre suas expectativas, temores, e projetos que constroem para Heitor. Andrade (1998) escreve que isto evidencia o reconhecimento da existência do bebê antes de ele existir, ou seja, ele já se faz existir na fantasia parental.

Fabiana conta que depois que ficaram sabendo o sexo do futuro filho, começaram a fazer planos. Seu marido é faixa preta em *“full-contact”* e gosta muito de futebol. Planeja ensinar *“full-contact”* para Heitor e acredita que ele irá gostar de futebol como ele. Já os planos de Fabiana são diferentes, *“e eu, acho que aquela coisa de toda mãe, né. Espero que ele, assim, queria que as coisa*

melhorassem pra ele não pegar um país, uma vida tão dura que nem é hoje, né. De que a coisa melhore pra que ele tenha uma coisa mais leve, mais light, mais... Eu não quero também que ele... Sabe que assim, olha, mesmo depois de tudo isso eu ainda tenho medo dele passar pelo que eu passei, mesmo assim eu tenho medo”. Este medo de Fabiana será desenvolvido no item “Situações identificadas como angustiantes maternos”.

Sobre as características de seu filho, espera que este venha a ser parecido com o pai, pois se acha “*sem sal*”, ao contrário de seu marido, a quem qualifica como tendo uma personalidade bem forte. Ele é, para ela, determinado, vai atrás de seus projetos, tem liderança, costuma se destacar tanto em casa quanto no trabalho e também com sua família de origem. Pelo que percebe Heitor será como o pai, pois “*ele é birrento, sabe, ele, tem que fazer tudo na hora que ele quer. Eu gosto disso! Porque eu não sou assim, sabe, eu sou... não sei, a minha personalidade já é diferente, eu sou, como eu te falei, me acho meio sem sal, sabe*”. Fabiana reconhece muitas características paternas relevantes, tanto que gostaria de encontrá-las em seu filho. Do lado da mãe há a inscrição da lei paterna, apesar de existir evidências de que o simbólico foi mal assegurado, como é evidenciado em seu temor de que venha a faltar a seu filho.

Segundo Fabiana, Nestor é “*é aquela pessoa assim, ele é aquela pessoa autoritária, mas ele deixa eu expor a minha idéia, entende?! Ele aceita a minha idéia. Só que, é sempre, não é que é sempre ele que tá certo, ele sempre tá certo! E com esse jeito dele, sabe que o que, eu acho que mais, fica mais inferior, entende?! Às vezes eu acho que ele tá, assim, a gente conversa, e tudo, eu acho que não, não pode ser assim, que a gente é igual e tudo. Que tem coisas que eu ensino pra ele que ele não sabe. Só que a maioria das coisas é ele que ensina pra mim. Até porque ele é mais velho que eu, né*”. Sobre o jeito autoritário de Nestor fala, “*ele é assim com todo mundo, não é só comigo. E, ele, o que ele sabe, ele diz que tem que deixar explícito que ele sabe, que ele é o melhor e que ele é assim. Ele tem que ser sempre o melhor! E isso lá em casa faz com que eu me..., sabe, com que eu seja mais...*”. Quando questionada se o Nestor era o melhor na casa deles, responde categoricamente que “*não! Tem dias que eu sou muito melhor do que ele. Porque eu, ai, faz com que esse sentimento, assim, me pe..., me absorva, sabe, parece que eu deixo que o ruim tome conta, sabe. Ele mesmo fala isso*”.

Outro ponto que se destaca em Nestor é que ele “*é muito controlador e ele, agora mesmo, ele já me ligou umas duas ou três vezes, ele me controla. Às vezes ele nem sabe que eu me sinto mal. Às vezes, porque quando é demais eu tenho que falar. Porque ele mesmo vê que passa dos limites, sabe, então eu tenho que falar. Só que aquela coisa, ele fica me controlando, sabe, e isso faz com que eu*

me sinta mais, até um pouco burrinha, sab. É engraçado, assim, que ele fica: ai, mas não te atenderam ainda, tu já não foi ver se..., Será que já chegaram? Será que não tá mosqueando aí? Será..., sabe? Parece que ele quer fazer tudo por mim. Mas não é só comigo isso, porque ele é assim com todo mundo. Então isso parece que piorou, sabe”.

Estas características de Nestor, citadas acima, de ele ser controlador e ultrapassar os limites, levam a pensar que ele pode ter se identificado com sua mãe, por isto é tão determinado e positivo, pois leva a mãe no corpo. Esta questão é levantada pelo fato de ele ser um adulto asmático e que, portanto, ter interagido com uma mãe com dificuldade em lhe ofertar uma imagem referida ao simbólico. Desta forma, ele não consegue se separar de ninguém, estando constantemente ‘colado’ nas pessoas: no seu filho, na sua esposa, na sua família. Conforme sinaliza Szejer e Stewart (1997), a forma como um homem e uma mulher se projetam como pais possui relação com seus respectivos modelos paternos ou outros modelos parentais.

Fabiana conta que tinha ciúmes da relação que seu marido tinha com sua família, pois “*ele fala tudo dele pra mãe dele, sabe? Lá eles são assim, todo mundo sabe dos problemas e todo mundo discute esses problemas dos outros. Só que eu não concordo com isso. Acho que o problema só, o nosso não, mas, o que acontece lá em casa, coisa assim, ele... Cada um lá na casa deles tem os seus problemas, todo mundo discute. Eu acho que não é certo, né, todo mundo ficar sabendo, eu acho que não precisa disso. E assim eu tinha um pouco de ciúmes, sabe, que o Nestor ele continua ainda participando das discussões lá da casa dos pais dele. Por exemplo: ele tem uma irmã que é uma... que eles vivem em função daquela irmã lá, que a irmã é meio rebelde. Casou e tudo, mas vive fazendo besteira. Então, eu digo pra ele: isto agora é problema deles, não é problema teu, não tem que ficar te metendo. Porque ele vai lá quando tem as discussões, que eu digo assim, conversas sobre a irmã dele ele também tá junto. Então eu sinto um pouco de ciúmes, sabe. Porque é a irmã dele, tem mais é que se interessar, né. Vai! Pode ir... nem eu me oponho, né, mas continuo com um pouco de ciúmes quanto a isso”.* Desta forma, ele acaba construindo uma relação com as pessoas onde não há uma discriminação entre ele e os outros. Consegue ser completo, tal qual Fabiana refere, e também dar conta de todos: trabalhar, ter liderança, opinar na vida de todos. Sendo assim, ele é um condutor da vida das pessoas, como pode ser observado na sua forma controladora de ser e de dizer a Fabiana como fazer as coisas. Porém, não como um líder, um condutor simbólico, e sim, parece ‘grudar’ nas pessoas e levá-los adiante. A sua liderança é imaginária, que necessita do ‘corpo a corpo’. Tal qual ele parece fazer, em muitos momentos, com Fabiana e com seu filho.

Fabiana contou que, ao falar para Nestor sobre a presente pesquisa, em um primeiro momento ele achou “legal”, mas, ao lhe dizer sobre o “Termo de Consentimento Informado”, disse que ele “ficou com um pé atrás”, questionou-a se não estaria sendo enrolada. Diz “*eu mostrei pra ele, eu expliquei pra ele, aí ele ficou com uma carinha meio jururu, né. Quê aconteceu? Ele: aí Fabiana, porque que tu consegue te abrir mais com uma pessoa que é estranha e que tu não conhece do que comigo? Aí eu disse, mas eu me abro contigo. Mas realmente, tem coisas que eu não falo pra ele, tem coisas que eu sinto e deixo guardado só pra mim. Eu não falo pra ele porque eu tenho medo assim, que ele ache besteira, que ele tenha medo, que ache bobagem minha, sabe*”. Comenta que Nestor fala tudo dele para ela, mesmo coisas banais, besteiras, não tendo vergonha em demonstrar seus sentimentos: medos, fraquezas. Por isto, acha que deve agir com ele de maneira semelhante, porém, diz bloquear-se e que para ela é difícil se abrir totalmente. Nestor se queixa por Fabiana não corresponder. Ela relatou que seu marido sentiu ciúmes pelo fato de ela conversar com a pesquisadora sobre sua vida. Fabiana reagiu a isto dizendo: “*ah, se tu vai chateado eu nem vou mais (inaudível). Daí ele disse: o importante pra mim é que tu te sintas bem, que tu fique bem, vai ver que essa pessoa que tu estejas conversando é até pra tu abrir umas portas pra que tu te abra mais comigo, né. Eu disse, é, realmente é. Se é pro teu bem, vai tranqüila que é besteira minha. Ele foi assim bem querido a reação dele sabe, depois*”. O fato de ela reconhecer que ele tende a lhe falar sobre tudo de sua vida indiscriminadamente e de forma ilimitada, faz com que ela se sinta devendo a ele, “*eu devo também isso pra ele*”, é imperativo.

Sobre a educação de Heitor, fala que ambos coincidem, “*lá em casa não tem isso, que o Nestor acha errado, não, nós dois somos assim. A gente até combinou, sabe, porque o Heitor, ele tá ficando bem espertinho, porque quando eu brigo com ele, eu digo: Não é pra fazer assim. Fico firme com ele, ele pega e faz e vai pedir pro pai dele, sabe, pede colo pro pai dele, aí o pai dele não mostra os dentes também. Ou vice-versa, porque senão não vai dar certo, não vai obedecer nem um nem outro, que um briga e o outro alisa, né*”. É importante para a criança que a dupla parental coincida na educação infantil. Fabiana acrescenta que a participação do Nestor nos cuidados com Heitor “*é total. Total, assim, como é que eu vou te dizer? Sempre foi muito..., ele é muito atencioso, preocupado. Só que aquela coisa assim, olha, troca, agora ele nunca trocou o Heitor. E assim, se eu cobro dele, sabe, porque eu digo: ah, o pai sempre trocou a gente. Porque que tu não pode trocar? Ele: aí, tá Fabiana, eu sei que eu tenho que trocar, e tudo. Mas ele troca só quando tá xixi, sabe, não.... Aí o banho, banho ele não dá no Heitor, ele não dá banho no Heitor. No chuveiro até ele dá, mas na banheira ele nunca deu banho no Heitor*”. Sendo assim, é possível identificar que Nestor

compartilha com a mãe os cuidados de seu filho, cuidados estes que Fabiana faz questão de valorizar e reconhecer como parte das funções paternas: *“homem pode trocar, homem pode dar banho, não tem... pai é que nem mãe, né”*. Também conta Nestor costuma brincar com frequência com seu filho, *“muito. Quando ele chega do serviço, o Heitor fica loco, né. Ele só vai lá, ele vai lá no banheiro, lava as, ele lava as mãos pra brincar com o Heitor”*, *“até a hora da janta é só ele que fica com o Heitor. Ele brinca com o Heitor, passa a perna e vão pra cima da cama e..., sabe, até a hora de jantar. Des da hora que ele chega até a hora da janta ele só brinca com o Heitor, não faz mais nada”*. A brincadeira é um aspecto muito importante para desenvolver habilidades na criança ao mesmo tempo em que aproxima do pai. Ela promove a criatividade, possibilitando a criança sair do âmbito materno e passar para uma fase de maior independência. É importante a participação do pai nas brincadeiras de Heitor que estava, na época com 10 meses. Coriat (1997) destaca que em um desenvolvimento mais inicial, tudo o que o pai fizer ou disser, terá efeitos no filho através da mãe, mas que no decorrer do desenvolvimento o pai imprimirá sua própria versão da história. A brincadeira é uma forma de inscrever no filho os significantes paternos.

Conforme Fabiana, ela tem dificuldade em cuidar de seu filho quando ele está doente e chorando em demasia. Nessas circunstâncias, ela se irrita e quando Nestor está em casa costuma recorrer a ele. Nestes momentos *“normalmente é ele que acalma o Heitor. Quando o Heitor tá doente é ele que acalma, agora, quando o Heitor cai, se o Heitor se machuca, aí sou eu que acalmo, é eu que sou mais controlada nesse tipo, tu entende? Se o Heitor se machuca, se o Heitor se engasga, alguma coisa que aconteça assim, sabe, é eu que acalmo, o Heitor. O Nestor fica muito nervoso, se ataca. Agora, se é de choro, que eu me irrita. Se ele tá chorando muito, ele tá doentinho, coisa assim, que aí ele fica manhoso com aquele choro sempre (inaudível), daí sempre a mesma história. Porque daí eu não consigo, eu sempre, eu não consigo, eu me ataco. Fico irritada”*. Esta circunstâncias relatadas por Fabiana, identificam que Nestor aciona o sistema de pára-excitação paterno, como destaca Debray (1997/1999), conseguindo substituir Fabiana lá onde, para ela, não é possível ser continente das angústias de Heitor. Assim, consegue proteger seu filho dos excessos que lhe são enviados. Esta dificuldade de Fabiana será detalhada no tópico “Fatores identificados como angustiantes maternos”.

Fabiana fala que o mais gosta de fazer com Heitor é ficar com ele de manhã cedo, pois ele fica bastante carinhoso, *“principalmente quando ele, o Nestor, coloca ele na cama junto comigo e sai pra trabalhar. Ah, eu adoro esse momento, porque fica só eu e ele, a gente fica trocando carinho, sabe. É tão bom. Ele tá calminho, ele tá de bom humor, sabe, e eu também tô de bom*

humor, sabe, a gente tá bem. Então eu dô mamá pra ele, depois ele fica me abraçando, me alisando, ele gosta de dormir comigo fazendo alguma coisa nele, mexendo na barriguinha, mexendo no cabelinho. Então, ah, aquele momento é o melhor momento do dia que a gente tem, sabe, eu e ele”. Acrescenta gostar também do momento em que ficam ela, o marido e o filho na cama “só que é engraçado porque no final de semana, como na semana fica só eu e ele, final de semana, eu coloco ele no meio, ele não quer o Nestor, ele empurra o Nestor da cama, que ele quer espaço pra ele. Porque assim ele fica... Quando ele tá comigo, ele dorme e fica rolando na cama, e como ele fica apertado, fica hããã hããã, reclamando que tá apertado. Então eu gosto, assim, é bom que a gente fica brincando com ele, sabe, de manhã é um bom tempo, é bem bom”. É possível observar, no cotidiano do casal que Fabiana, apesar de manter um vínculo bastante forte com seu filho, consegue introduzir o pai nesta relação e reconhecer o momento a três como um dos melhores momentos que tem com seu filho. Ou seja, Fabiana consegue reconhecê-lo enquanto instância fálica, bem como escreve Coriat (1997).

Conta que costumam sair para passear, jantar e deixam o Heitor com os avós. Também têm o hábito de relembra-rem quando Heitor era pequeno, como foram os momentos que antecederam ao nascimento, a ida até o hospital. Ambos gostam destas recordações.

Ao ser indagada como via seu marido como companheiro e pai, respondeu: “*(silêncio) ele ééé ótimo, sabe. Ele lembra bastante o meu pai, sabe, só que quando eu, antes, antes de quando a gente morava na minha casa... ah, um dia quando eu casar eu vou ser assim, eu sempre comentava que ... eu falei até pra minha mãe: quando eu casá vai ter que ser com um marido que nem o pai”*. Interessante que após esta pergunta ela segue falando sobre seu pai, os cuidados que tinha com seus filhos quando pequenos. Fala que, sobre a semelhança entre seu marido e seu pai, “*eu sempre dizia que eu queria uma pessoa que nem ele. Claro, o Nestor não é totalmente igual a ele, isto é impossível, né, mas é bem parecido, e tem coisas que eu ainda tenho vontade, tenho esperança de que ele vá..., assim, vá se modelando conforme, não só, não só conforme eu quero, mas assim, eu sei que é coisas boas, tu entende?”* Segue dizendo que seus pais, diferentemente dos de Nestor, sempre foram muito afetivos e amorosos um com o outro. Criou-se em um ambiente de união. Os pais de Nestor “*só tem uma família porque o pai dele é casado com a mãe dele e tem irmãos, mas eles não têm esse clima família nem um pouco, eles não são... amigos, eles não tem um carinho. Ele mesmo falou assim que me conheceu, ele me disse, Fabiana eu sou uma pessoa bem carente, sabe, ele mesmo se reconheceu como carente. Ele: e eu gosto de uma pessoa que esteja sempre me..., que me*

dê importância pra mim, porque eu nunca tive nisso, quando eu era pequeno. Então assim, olha, eu gosto bastante desse lado do Nestor”.

Segundo Fabiana, Nestor é bastante parecido com seu pai, a quem considerava um ídolo, diz que procura encontrar características semelhantes, e que até as encontra, mas ainda tem muitas coisas que gostaria que mudasse em Nestor. Quis, em um primeiro momento, colocar o nome Luis em seu filho, pois ambos, pai e marido tinham o nome Luís em seus respectivos nomes, era uma forma de lembrar dos dois. Porém, como Nestor disse que não o chamaria pelo nome de Luis Heitor, então decidiu somente por um dos nomes.

Pelo que se pode observar nos relatos, Fabiana mantém uma relação de bastante dependência com o marido, e ao ser indagada como era a relação que estabelecia com seus pais, diz *“acho que eu, que eu sou o tipo de pessoa que eu não sei ficar sozinha, sabe, sempre tem que ter alguém pra mim ter como base”*. Em uma relação amorosa o ser humano se esforça para encontrar no outro aquilo que deseja encontrar. No caso de Fabiana, ela encontrou um homem que reforça sua necessidade de dependência. Alguém que lhe promete que a conduzirá. Porém, apesar de isto ser interessante a ela, consegue lutar para manter as diferenças, delimitando as singularidades dela, de seu marido e de seu filho.

Ao ser indagada como descreveria a sua relação com seu marido, responde: *“ah, a relação é bem, uma relação de bastante amizade, sabe, muito companheirismo, tudo que o Nestor faz ele me convida. Tudo que ele vai fazer ele me explica, sabe”*. Exemplificou que ao se interessar por fazer um curso técnico, conversou com ela para saber sua opinião, quais as implicações que isto teria na vida deles. Companheirismo é o que mais se destacou na sua descrição, *“a gente é bem companheiro, a gente tá sempre junto, um sempre apóia o que o outro faz. Apóia muito, sabe. Só que a relação é bastante isso. É bastante companheirismo, muito respeito, bastante amizade, muita amizade. A gente é bem, a gente é bem cúmplice um do outro, sabe, bem.... a gente é bem amigo mesmo, sabe”*. Fabiana comenta que seu cunhado trabalha na mesma empresa de seu marido e temia que ele conversasse mais com ele sobre os problemas do trabalho, mas diz que é *“besteira, sabe. Mas eu vi que não. Ele é bem mais meu amigo do que com eles, até porque opiniões deles lá não batem muito com a do Nestor e eu e o Nestor a gente tem a opinião muito parecida”*.

Já havia sido destacado no presente trabalho a importância do pai enquanto objeto de amor para a mãe. A fala da Fabiana sobre seu marido parece desvelar uma relação espelhada no seu pai, calcada, portanto, na busca de um ideal. Ela tem seu pai como ídolo e tenta esculpir seu marido tal qual seu pai, procurando vê-lo através de Nestor. Este parece ser o lugar que toma o marido na

relação, alguém que deve recobrir o ideal paterno internalizado. Por outro lado, parece que Nestor assume este lugar idealizado, havendo, então, uma complementação na configuração fantasmática do casal.

3.1.5.4. Situações identificadas como angustiantes maternos

“Como eu vou criar o Heitor?!”, interroga-se Fabiana, ao falar da sua preocupação em não privá-lo em decorrência da asma e ao considerá-lo uma criança normal. Diz ser esta uma grande preocupação que tem. Esta fala de Fabiana pode ser compreendida se remetermos a sua história:

Conta que tem dois irmãos menores, sendo que um está morando com ela. Seus pais faleceram quando ela se encontrava com dezesseis anos de idade. Sua mãe estava com câncer fazia cinco anos, *“aquela coisa, voltava, aí ela se recuperava, melhorava, voltava. Aí, ela, ela tinha, ela tinha no reto, o câncer dela era no tubo no reto. Ela tirou o reto, aí botaram a bolsa de colostomia. Sabe, tinha um ano que ela já tava usando. Aí tinha surgido um outro, ela teve câncer também no fígado. Tirou boa parte, deste lado (mostra), do fígado, é... E aí ela tava na naquela assim, com a bolsa de colostomia e tudo. Assim, eu acho que a gente já tava meio preparado, sabe. Só que ela tava com uma rotina boa, ela era professora, ela tava trabalhando, ela continuou trabalhando e tudo, tá”*. Seu pai é quem cuidava de sua mãe.

Conforme destacado no resumo do referido caso, seu pai faleceu de infarto fulminante, *“meu pai tava muito cansado, é que meu pai, ele acompanhava ela demais, sabe, porque ela ficava, se ela ficava três meses, ele ficava três meses. Todos os dias ele ficava com ela, ele largou tudo que ele fazia pra cuidar dela, sabe, então ele se estressou demais. Aí acalmou assim, um pouco, ela aproveitou pra ela fazer uma viagem, daí ela foi lá pra casa da minha tia em Curitiba pra descansar. Pra ele, no caso, pra ele poder descansar um pouco e a gente ficou em casa com ele, e ela... Só que ela foi numa sexta-feira, ela foi numa sexta-feira de manhã..., de madrugada, num sábado de madrugada, sei que no outro dia deu um, um enfarto nele. Eu não sei se, eu não sei se porque ele... Sei lá, acho que ele tava muito tenso, daí parece assim, que deu uma aliviada. Ele até conversou comigo, ele disse: ai Fabiana, eu posso respirar um pouco agora porque eu to... e deu, né, teve um enfarto e foi fulminante”*. Acrescenta que *“aí teve um enfarto, aí veio. A gente morava lá em (cidade carbonífera), né, ele veio aqui pra Porto Alegre, ele ficou ainda quatro, três dias, três dias, daí deu morte cerebral, deu cerebral em seguida, né. Tá, morreu! Aí, só que assim, aquela coisa, todo mundo foi um, foi um baque, porque todo mundo esperava da minha mãe, porque a*

minha mãe tava doente, o meu pai era bem saudável, sabe, e aí deu aquilo nele, e é isso, tá, foi, né. Ele morreu, aí, ele morreu, três dias depois ela foi pro hospital, já ruim e aí, e aí passou, sabe. Aí, naquele mês que ela teve no hospital acharam mais mil... outros lugares de câncer nela, sabe. Ela ficou um mês no hospital e uma, se..., é, um mês ela ficou no hospital e fez cinco cirurgias, ela fez, foi muita, só que é uma coisa que a gente já tava preparado, né, e aí foi, ele morreu no dia dois de outubro, no dia que o Heitor nasceu, no mesmo dia, no dia dois de outubro e ela dia vinte de novembro, foi pertinho”.

Seus pais morreram com uma diferença de um mês e dezoito dias. Fabiana conta que “tu fica assim sem estrutura nenhuma, né”. Relata que “*minha mãe e meu pai eram amigo, era um casal tri feliz, sabe, passavam toda felicidade que a gente tinha. Era uma família super unida, bem legal e tudo, e aí de repente acontece tudo aquilo, eu fiquei com dois irmãos pra mim criar, eu tinha dezesseis anos, com dois irmão pra mim criar, imagina só*”. Fabiana diz que “*mesmo depois de tudo isso eu ainda tenho medo dele passar pelo que eu passei, mesmo assim eu tenho medo*”. Conta que tem medo, “*o Nestor ele me fala assim que quer ter outro bebê. Ele quer, ele tem uma perspectiva que daqui a cinco anos ele quer. Só que eu não sei se eu quero. Porque eu tenho medo! Não sei porque ter (sorri), sabe. Não é por ressentimento nem nada, acho que até é bobeira minha mesmo, mas eu tenho medo assim de, de não conseguir criar o meu filho até o fim. Eu tenho medo que aconteça, não a mesma coisa que aconteceu com a minha mãe, mas eu tenho medo que aconteça algum imprevisto assim, eu não quero que ele passe por isso que eu passei, sabe. Então por isso que eu penso, aí, não sei se eu vou ter outro filho, que é mais, aí eu vou ter mais medo, entende”.*

Fabiana diz que se considera depressiva, sempre foi uma pessoa muito fechada. Isto ela percebe desde pequena e comenta “*não é só o fator da minha mãe e do meu pai terem morrido, eu mudei antes. Não sei porque, sabe assim, olha, eu tive uma, não sei porque, eu sempre tive, como é que a gente fala assim...hã, me fugiu a palavra*”. Digo a ela que fale aquilo que estiver passando pela sua cabeça, o qual fala “*como é a palavra assim, eu sempre tive um... eu nunca, eu tava, eu sempre tímida e tudo, mas eu sempre fui uma criança... feliz, alegre, aquela coisa toda, né. Só que na minha, assim, na minha adolescência, no início da minha adolescência, junto começou, eu sempre fui assim... como é que eu vou te dizer, a minha esti..., a minha auto-estima sempre foi muito baixa, eu sempre tive um complexo de inferioridade muito grande, sabe, e isso eu tenho desde pequena, só que na minha adolescência ficou maior isso, então eu acho que uma mudança na minha adolescência, no início da minha adolescência*”. Para ela todas as pessoas têm mais capacidade que ela, “*eu falo que eu quero me gostar mais, mas eu não consigo me gostar mais*”. Segundo Fabiana,

sempre foi “*depressiva e tudo, mas meu pai e minha mãe nunca notaram nada*”. Somente na época de sua gravidez é que “*não tinha disso, eu me sentia poderosa (sorri), sabe, me sentia bem, super bem, só que depois que o Heitor nasceu voltou em dobro*”. De acordo com Szejer e Stewart (1997) a forma com que a mulher vivenciará os período pré e pós-natal será equacionada por suas vivências pessoais. Com Fabiana o mesmo ocorre, as situações ocorridas na sua infância, a forma que lidou com estas vivências, bem como aquelas no decorrer de sua vida, lhe permitiram construir uma trajetória singular.

Fabiana fala mais sobre sua infância, “*quando criança eu normalmente tava separada, eu nunca fui uma criança que conseguia me entrosar com as outras. Eu sempre me sentia... sabe, ou minha roupa tava menos do que a das outras, ou, eu sempre, sabe. Ou era mais feinha, ou era, sabe, eu sempre me senti assim, sabe, eu nunca consegui, eu nunca fui aquela criança*”, “*eu me sinto sempre diferente de todo mundo, sempre foi assim. Então eu não sei explicar isso, não sei porque disso. Só sei que eu era um pouquinho assim quando eu era pequena, depois que o Heitor nasceu parece que isto voltou. Quando eu tava grávida não*”. No pós-parto, isto voltou em dobro, conta que “*ah, eu não sei te explicar, porque foi uma coisa assim, tão, eu sei que voltou forte sabe. No começo eu chorava, eu tava muito, nossa o Nestor não podia me falar nada, até, não sei, até que o Nestor me deixa mais assim, porque o Nestor, ele é muito controlador*”. Ela teve depressão pós-parto, e, nesta época, chegou a pensar em procurar ajuda de psicólogo ou médico, mas acabou não fazendo. Acha que conversar com uma pessoa estranha pode ser mais proveitoso, pois, apesar de gostar de compartilhar com Nestor suas coisas, fala que tem coisas que não consegue dividir com ele: “*eu gosto de conversar com o Nestor, ele, a gente se abre bastante, a gente conversa muito, ele é muito meu amigo, só que agora ele tá assim, ele é meu pai e minha mãe e meu companheiro, sabe. Ele é, ele é muito, como ele cuida de mim, ele se preocupa muito comigo, sabe, ele é muito preocupado comigo, nossa, então, só que eu nunca procurei, sabe. Porque tem coisas que eu não consigo me abrir com ele*”. Nesta época, após o nascimento de Heitor foi bastante difícil, “*porque eu tava apavorada, eu queria me entregar, sabe! Eu queria, ai, eu queria passar o dia inteiro em casa, dentro de casa dormindo. Pra mim é importante dormir, até hoje eu sou assim. Lá em casa, esta semana inteira a gente falou sobre isto. Eu sou assim, olha, se eu tenho um problema, eu tenho sono, se eu tô preocupada eu tenho sono, se alguma coisa assim, se a gente brigou eu e ele, ele não dorme, eu durmo, eu tenho sono, parece assim que o sono é uma fuga pra mim, sabe. Então... só tinha vontade de ficar dentro de casa, trancada, não tinha vontade de conversar com ninguém, né, eu queria assim... E outra coisa também, tem aquela coisa assim, olha, como é que eu vou te dizer.*

Eu morava com a minha avó, aí a minha vó saiu lá de casa porque o Nestor foi morar lá em casa, né, só que assim, olha, se a vó ia muitas vez, a minha vó até não, mas uma tia minha, ela às vezes ia lá em casa, aí o Nestor já: ai, porque quê é ela tá toda hora aí, sabe. Só que eu precisava delas e aí elas sempre passavam um pouco por causa dele, sabe, porque ele não queria que elas tivesse, porque ele tinha ciúmes, ele é muito possessivo, ele tinha ciúmes de nós. Então, eu sinto muita falta disso, sabe, sentia falta delas, sentia falta de alguém da minha família pra tá junto comigo”. Conforme Mannoni (1982/1986), os cuidados que a mãe consegue ofertar ao seu filho tem relação com os cuidados que foram possíveis sua própria mãe lhe dispensar. A gravidez é composta de uma grande bagagem de emoções, sendo uma destas a insegurança, que reativa a necessidade de proteção na gestação. Dispensar, tem neste caso, duplo entendimento: no sentido de reportar aos cuidados que sua própria mãe lhe concedeu, prestou, e também o significado de prescindir, desobrigar. Ser mãe para Fabiana a colocou em xeque quanto aos recursos disponíveis para poder ocupar o lugar de mãe do Heitor. Não existem dados suficientes que identifiquem de que forma sua mãe a acolheu. O que pareceu à pesquisadora é que, apesar de ela identificar seus pais como um casal amoroso, se identificar com a mãe quanto a interesses semelhantes (ambas criaram o hábito de ler sobre bebês), ela muito pouco falou sobre sua mãe, em comparação às referências ao seu pai. A mãe pareceu como uma pessoa mais ausente que o pai. Foram somente duas entrevistas, porém, a impressão causada foi a de sua mãe não ter sido tão presente quanto o pai.

Quando foi solicitada a falar sobre o retorno da depressão, após o nascimento de seu filho, diz que sempre conseguiu cuidar de Heitor, *“em relação a ele, eu nunca tive problema de rejeição nem nada, sabe, sempre amei ele, muito. Sempre. Até assim, me surpreendi, sabe, comigo mesmo, porque às vezes eu falo, o que tá acontecendo, sabe, às vezes eu acho que eu cuido dele tão direitinho... que tem mães, que eu vejo da minha idade, que não cuidam dos seus filhos direito”.* Durante a entrevista, passou para a pesquisadora que, nesta época, Fabiana fez um esforço enorme para poder cuidar de seu filho. Fabiana comenta que a depressão, *“esse sentimento, assim, me pe..., me absorva, sabe, parece que eu deixo que o ruim tome conta, sabe. Ele (marido) mesmo fala isso. Sabe que teve uma época que os três meses atrás que eu tava bem, bem, bem, bem ruim, sabe, assim, olha, eu, agora que o Heitor nasceu eu não trabalho, não trabalhei mais, né. Então eu fico em casa. Só que chega o final de semana, a gente sai, quase todo final de semana, sai com o Heitor, tudo, porque ele disse, ah, Fabiana, tu já passa a semana toda em casa, né, daí no final de semana vamo fazer uma coisa diferente, ele gosta bastante de sai, tudo, e eu não queria sair, eu não queria, eu não queria fazer nada, eu só queria ficar dentro de casa. E fiquei acho que uns três meses sem sair*

final de semana nem, só queria ficar dentro de casa, aquela coisa toda, sabe, chorava por qualquer coisinha. Qualquer coisinha que ele me falava era motivo de eu me ofender, mesmo que não tinha motivo sabe, motivo, eu me ofendia. E aí ele mesmo diz, sabe, ai, Fabiana, não quero que o Heitor nasça, se crie nesse clima de tristeza, porque, ele diz assim: porque tu tem tanta coisa boa, tu deixa com que as mínimas coisas ruins tomem conta de tudo. Eu acho que é isso, sabe. Apesar de que agora eu me, sabe, parece que eu me, tá certo. Eu não posso fazer com que o Heitor nasça em um ambiente de tristeza e me vê chorando toda hora". Seu marido lhe fala que é muito triste, que percebe no seu olhar sua tristeza e que após o nascimento do Heitor *"melhorou muito o brilho nos meus olhos"*. Nestor diz que gostaria de mudar esta situação, que tem vontade de ajudá-la. Todavia, ela se dá conta que *"só a ajuda dele não basta, sabe, não..., pra dá uma guinada, sabe"*.

Inevitavelmente, seu jeito depressivo é percebido por Heitor, que ao vê-la chorando, *"fica me olhando assim, ele chora junto, ele chora junto comigo. Por isso que eu penso: meu Deus, eu tenho que melhorar, eu tenho que, até assim, que agora eu tô mais, sabe, saio mais, faço as coisas mais sozinha. Penso que é um pouco porque eu sou muito dependente do Nestor, sabe"*. Fabiana acredita que esta situação está modificando, hoje em dia não se sente tão depressiva. *"Ai mandei esta onda de baixo astral embora um pouco, sabe. Eu comecei a entender que ele não pode me ver toda hora triste, toda hora chorando, porque ele me vê chorando ele fica tri, sabe, tristinho também"*. Uma forma de observar o reflexo em Heitor é a sua dificuldade em ver as pessoas discutindo, ele começa a chorar, e, de acordo com Fabiana, ela e seu marido são nervosos, *"ele é um pouco mais atacado do que eu, mas eu também sou nervosa"*, e isto faz com que Heitor também se ataque quando vê as pessoas se desentendendo.

Fabiana tem depressão. De onde, não sabemos bem as razões, mas certamente existiu e existe porque ao nascer seu filho, esta se presentifica no seu medo de dar conta da função materna: *"como eu vou criar o Heitor?!"*. Seus pais conseguiram lhe estruturar e instrumentalizar simbolicamente, entretanto, há uma posição parental frágil, pois há falhas significativas relacionadas ao medo de Fabiana em não conseguir dar conta desta criação, não ampará-lo. Ela fala que sempre precisou de alguém que lhe servisse de base, e agora, como mãe, sua função é ser a base para outro ser humano, para seu filho. Isto é muito angustiante, sua maior preocupação. Por isto a morte se presentifica tanto. Tem medo de morrer e não conseguir cumprir esta função. A forma que encontrou foi mandando *"esta onda de baixo astral embora um pouco, sabe"*. Seus pais parece que lhe deram uma sustentação insuficiente naquilo que tem a ver com a vida adulta, talvez por isto o medo de falhar na tarefa materna. Sabemos que podemos morrer, mas não agimos como se isto fosse algo iminente, e

sim, como uma possibilidade. Entretanto, para Fabiana não é assim, ela está constantemente tomada por este fantasma de que o tempo será curto, que não deve fazer planos de ter mais filhos. Isto potencializaria seu medo. Sendo assim, o simbólico parece que foi mal assegurado.

As mortes de seus pais foram situações traumáticas, com certeza. Ela mesma falou que isto “*deseestrutura*”. Porém, a depressão tal como falou, é anterior ao falecimento de seus pais, sente-se assim, desde pequena, evidenciando-se mais na adolescência. Apesar deste fato, parece que seus pais conseguiram lhe oferecer bases de sustentação para que possa seguir adiante e ir, no decorrer de sua vida, elaborando estas perdas.

Um ponto a ser destacado na dinâmica de Fabiana e Heitor diz respeito aos cuidados que ela tem quando seu filho está doente. *“Quando o Heitor era bebê, que dava cólica nele, ai, eu ficava bem, sabe, o Nestor brigava comigo porque ele dizia que a minha ansiedade ia passar pro Heitor, que o Heitor ia chorar mais ainda, que eu era muito assim, sabe. Ah, quando eu ficava nervosa, nervosa, nervosa, bem atacada assim. Ele também não tinha muita cólica. Por isso mesmo quando dava de vez em quando, acho que eu me atacava, até porque se fosse uma criança que chorasse direto de cólica, eu acho que eu teria me acostumado, mas como era só de vez em quando eu não me acostumei. Ai assim, ó, quando ele tá enjoadinho, ruinzinho, normalmente ele quer ficar apegado só comigo, quando ele tá ruim, quer ficar só comigo. É difícil. Comigo e com a chupeta, com mais ninguém”*. Fala sobre sua dificuldade com o choro de seu filho: *“aquele choro dele me, me entra na minha cabeça. Então eu não gosto de cuidar muito dele quando eu tô irritada, sabe, eu procuro me acalmar e tudo, e às vezes até mesmo a coisa doentinha eu fico um pouco... como ele só quer o meu colo tem vezes que eu não agüento mais pegar ele, sabe, porque que ele tá muito pesado. Ai, no fim é um nojo, eu fico irritada, sabe! Porque só quer ficar comigo, só que eu, só que eu, só que eu. Ai eu me irrita um pouco, ai eu pego e peço pra alguém pegar ele e vou lá, me acalmo um pouco, dou uma volta. Que ai eu penso, não tem culpa, né, de tá doente, tem, ai eu me acalmo, tudo e pego ele de novo, mas assim, bem..., sabe”*, *“quando ele chora assim, eu meio, não tenho muita paciência pra choro. Graça que o Heitor não é uma criança que chora muito, que eu não sou muito paciente pra choro, choro me enlouquece, sabe”*. Este é o momento em que Fabiana tem mais dificuldade em ser continente. Comenta que *“eu fico irritadíssima com o choro, eu não sei porque isso”*, *“tá, ele é bebê, ele não fala, eu sei, só que ele é um chorão demais, ele chora e começa a gritar sabe, e grita. Eu tenho que sair de perto dele, porque o grito dele... e, sabe que assim, olha, que eu acho eu sou uma boa mãe, como eu te falei, porque eu acho que isso que eu queria ter um pouco mais de paciência com ele, acho que eu sou muito impaciente. O Heitor não pode chorar que eu me irrita,*

sabe. Ai, olha, assim, olha, sinceramente, dá vontade de dar uns tapa na bunda pra ver se para de chorar. Não sei porque eu tenho uma loucura com choro, não posso escutar choro, dá um pânico”.

Conta que nunca havia percebido em outras situações que o choro de criança a incomodava. Entretanto, disse que quando estava com um bebê no colo e este chorava, imediatamente entregava-o para a mãe. Ela tinha muitos primos menores, então sempre conviveu com bebês, mas a criança somente ficava em seu colo se não estivesse chorando, *“criança não podia ficar comigo chorando, não tinha muito saco, com criança nenhuma, não ficava com criança nenhuma chorando no meu colo”*. Por este motivo, o que menos gosta é quando Heitor está doente, *“não gosto, não gosto, porque, não por causa dele porque ele não tem culpa, mas pela minha reação, por que eu fico impaciente com ele”*.

Fabiana, ao falar sobre as lembranças de sua infância, recorda de um episódio em sua vida, quando contava com um ano e meio aproximadamente, *“eu chorava, chorava e a mãe foi pra casa, eu passei a noite e a madrugada todinha chorando. De manhã levaram primeiro pediatra. O pediatra disse que não, não era nada, era psicológico porque a minha mãe ficava fora o dia todo e eu tava fazendo uma manha, assim, pra chamar atenção, né. Aí me levaram pra casa e eu continuava berrando tudo, aí eles levaram em outro, uns cinco pediatras e ninguém descobriu o quê que era, que daí tiraram radiografia, nada”*. Acrescenta que *“chorava, chorava, gritava, por que eu dizia que doía o cocô. E a mãe me examinava, me via, ver se não era coisa apertada, se um bicho me mordeu, nada, nada, nada. Aí se passara, isso começou num dia de noite, no outro dia todinho e no outro dia de noite, que já fazia dois dias. Aí eu gritava, gritava. A mãe não foi nem trabalhar aquele outro dia, ninguém descobria nada. Aí diz que a mãe foi me trocar e foi me limpar a minha bundinha e senti que tinha uma saliência, quando puxou era um palito de dente, que eu tinha engolido um palito de dente. Aí então, hoje, claro, todo mundo ri e brinca, né, mas, é uma coisa assim que eu.... Eu claro, eu não lembro, mas é uma situação assim, que todo mundo conta, todo mundo ri agora, foi na época, né.”* Segundo Fabiana, hoje ela *“não posso ver o Heitor com o palito na mão (risos), cuido muito isto, sabe”*. Este relato é bastante ilustrativo, e reforça a importância que o inconsciente materno exerce na criança e de como ela poderá se envolver nos cuidados com seu filho. Neste caso, há um impacto muito grande, pois sua vivência em uma fase tão inicial do seu desenvolvimento repercute na forma como ela não consegue conter a angústia de seu filho. Jerusalinsky (1987) escreve que o choro não é signo, e sim, significante. Neste caso, significante materno que, tal qual escreve Lacan (1964/1988), *“... um significante é o que representa o sujeito para outro significante”* (p. 197). O significante compõe a história do sujeito, compõe a história de

Fabiana e Heitor. Fabiana identifica este como sendo o ponto onde encontra maior dificuldade com seu filho, necessitando recorrer ao seu marido para represar os excessos maternos. McDougall (1989/1996) escreve que o inconsciente materno regerá a qualidade dos cuidados que a mãe poderá ofertar ao seu filho e que este se estrutura a partir de suas próprias vivências infantis.

3.1.5.5. Recordações maternas frente a sua infância precoce

Um dos aspectos referentes a este tópico foi desenvolvido anteriormente, sobre a experiência traumatizante de Fabiana quando pequena.

Fabiana lembra também dos momentos em que seu pai lhes dispensava cuidados. Quando estavam com alguma dor, ele imediatamente lhes fazia um chá. Disse que quando nasceu sua mãe trabalhava e fazia faculdade, desta maneira ela ficava sob o cuidado de babás durante o dia, e à noite, o pai é quem cuidava deles.

Estas mulheres que cuidavam dela, hoje são suas amigas e então lhe contam bastante de quando era bebê. Uma delas conta que seu filho é muito parecido com ela e *“que tudo que eu comia eu passava no cabelo e depois era uma fiasqueira pra tomar banho, que ardia os olhos, até laranja, eu passava laranja no cabelo, depois ardia, que, o olho doía, né. Aí quando ela chegava lá eu dizia, me socorre dinda, que a mãe tá me matando, quer dá banho em mim, eu não quero”, “aí comentei com ela, ai, o Heitor não dorme sem uma música, parece tu Fabiana se tu era sempre a mesma música, só a música que era eu não lembro. E se a gente cantasse outra, tu levantava e dizia, não é essa música que eu quero. Ué, eu já tinha dois anos, né, que eu falava, e dizia que não era aquilo que eu queria, porque eu dormia com aquela música. Então eles contam bastante coisa, sabe, da minha vida, bastante, bastante, dos meus tios, mas principalmente essa, no caso, a minha madrinha, e essas duas que me cuidaram”*.

Fabiana costuma cantar para Heitor e com isto ela começou a recordar da sua infância. Conta que *“a minha avó, mãe da minha mãe, essa, ela ensinava pra gente muita musiquinha, muita brincadeira de roda, pra dormir, sabe. Então eu sei bastante coisa, mas tô com a memória fraca. E aí eu me lembrei, aí comecei a cantar aquela da, aquela, da “Joaquim, quim, quim, da perna torta, tá, tá”, aí eu tava cantando pra ele e daí comentei pro Nestor: aí, essa música, fazia tanto tempo que eu não lembrava dessa música, que faz me lembrar do meu vô, entende, pai da mãe, que ele já morreu. Porque o nome dele era Joaquim, e ele que cantava essa música pra nós quando a gente era pequeno”, “tentei passar pra ele (Heitor) e eu comecei a me lembrar, como é que era o meu vô,*

quando a gente brincava, tinha, que o meu vô era mais baixo do que eu sou agora, era bem pequenininho, gordinho, assim, barrigudinho, sabe. Só que a gente era pequeno e quando, sempre que a gente chegava assim pra ver, pra abraçar, ele nunca abraçava a gente direto, sempre fazia, abraçava no ar, dizia que não tava enxergando a gente, sabe, aí eu comecei a me lembrar e tudo”. Relembra também que era a única neta, sendo assim, convivia muito com seus primos, jogava bola “*tinha um beco lá que só tinha gurizada, só tinha menino, eu brincava só com menino, quando eu era pequena. Só que eu sempre fui muito feminina, nunca, sempre brincava com menino e... então eu me lembro de muita coisa assim da minha infância, adorava a minha infância, era bem, bem boa sabe”*”.

É possível identificar como opera a transmissão da história familiar entre as gerações. Um exemplo é a forma como Fabiana traz suas lembranças e as integra na dinâmica com Heitor, enlaçando-o e assim, introduzindo-o na sua história.

3.1.5.6. Outros aspectos da dinâmica entre Fabiana e Heitor

O nascimento de Heitor gerou muita expectativa, apesar de não ter sido planejado. Conta que ele nasceu como imaginava. O período de gravidez, segundo conta, foi a “*época em que eu, que eu menos me preocupei, engraçado, né, mas parece que normalmente a gente se preocupa mais, fica tensa, foi a época que eu menos me preocupei, foi a época que eu mais aproveitei, uma das épocas que depois de... assim, caso, depois que a minha mãe e o meu pai morreram, foi uma das épocas mais feliz da minha vida. Foi a época que eu mais fiquei feliz, porque eu sempre fui...feliz, alegre quando eu era criança, assim, né, mas depois não, depois eu sempre fui assim, apagada e foi a época que eu fiquei mais feliz. Eu me achava bonita, eu adorava tá grávida, apesar do incômodo e tudo, mas ai, eu adorava tá grávida, amava, sabe, achava a coisa mais boa, eu adorei muito”, “... eu sempre tive uma gravidez bem tranqüila”*”. Na época, trabalhava em um escritório como escrevente. Apesar de a gravidez ser considerada algo natural para Fabiana, é possível tomar isto como sendo algo da ordem do corpo, pois isto é algo que completa, mas que no caso de Fabiana, também lhe dá medo. A mãe, no momento da gravidez, sente-se frequentemente potente, completa, realizada. McDougall (1989/1996) escreve que o corpo materno, receptáculo do psiquismo humano, sustenta e promove a fusão original e primordial nos seres humanos.

Para Fabiana, a experiência de ser mãe está “*sendo maravilhosa*”. É como se já tivesse tido filho antes (Fabiana já havia cuidado de seu irmão menor quando tinha dez anos), e acredita que

consegue cuidar bem de seu filho. Descreve-se como uma mãe *“dedicada. Dedicada, acho que um pouco rigorosa, também. Por enquanto o Heitor é bebê, mas mesmo assim”*. Fabiana dá um exemplo de onde reside seu rigor: *“lá em casa tem uma estante na sala onde na parte assim meio, na parte mais ou menos aqui assim na minha barriga, sabe, ficam os meus copos. Todo mundo que chega lá em casa diz: Fabiana, tu vai ter que tirar esses copos. Eu disse: Não, eu não vou tirar porque o Heitor vai aprender que não é pra mexer ali. E, e os copos tão lá. Já quebrou dois (risos), já quebrou dois, mas agora ele não tá mexendo mais, porque, porque ele tem curiosidade de mexer, eu pego, mostro na mãozinha dele, só que eu não vou, eu acho que a gente não tem que reformar assim, não vou levantar tudo porque senão a casa vira uma me bagunça por causa dele. Eu acho que ele tem que, a gente tem que colocar na mãozinha dele, fazer ele matar a curiosidade e deu, sabe. Eu então acho que nesse ponto tem pessoas que me falam, sabe, que eu sou rigorosa, sabe”*. E acrescenta *“eu brigo com ele, não deixo ele fazer tudo que ele quer e tem gente que acha que porque é bebê tem que deixar fazer tudo”*. Apesar de se achar exigente, acha que está agindo certo.

Sobre a amamentação de Heitor, diz que adora amamentá-lo e que esta *“foi umas das poucas preocupações que eu tive durante a gravidez. Porque assim, ó. A minha mãe nunca amamentou nós, nunca teve leite. Amamentou, a gente tomou só o colostro e não tinha mais leite. Pelo lado do meu pai não tenho assim, não tive mais contato quase com as minhas tias, sabe, assim, cada um mora longe. Com as da minha mãe sim, então todas eu me lembro que nenhuma delas quase teve leite. Nunca, eu adorava aquela coisa assim de bebê grande mamando ainda”*. Desta forma, sua preocupação era de que repetiria a ‘tradição’ da família. Vivia perguntando para as pessoas sobre a amamentação. Indagava o médico e lhe pedia exercícios para vir o leite. Ele lhe dizia que não existia mãe sem leite, mas, mesmo assim, preocupava-se. Quando ele nasceu, o colocaram para mamar e seu peito estava murcho, *“aí eu disse pra ela: mas eu não tenho leite. Aí ela disse, não te preocupa, vai descer. Ela apertou, é mesmo, essa tua mama tá muito vazia, não tem nada mesmo. Aí me bateu um desespero, na hora ali, sabe, eu não vou ter leite, eu falei, eu não vou ter leite. Ela falou, não, pelo menos o colostro vem, tu não te preocupa”*. Entretanto, o leite demorou a vir, fazendo com que Fabiana ficasse nervosa. As enfermeiras, então, acharam melhor que ela descansasse e se acalmasse, pois Heitor não podia ficar muito tempo sem mamar, por que havia nascido acima do peso e corria o risco de ter hipoglicemia. Após ter seu peito massageado, saiu o colostro, *“quando eu vi aquela agüinha escorrendo, ai, me deu uma felicidade só, sabe. Ela disse, não, pelo menos o colostro tu vai ter. Aí ele pegou e mamou e tudo ali”*. Tempo depois colocaram seu filho novamente para mamar, *“aí pegou e ficou. Aí tu sabe, até, incrível, desde o momento, daquele momento ali até a hora de sair*

do hospital, o Heitor não desgrudou de mim, ele ficou o tempo todo. Bom, saindo do, do, hospital assim com o peito em carne viva, mas é que ele chupava demais". Porém, até este momento só havia saído o colostro e seu peito continuava murcho. Ao retornar para casa, adormeceu no carro e quando acordou seu peito estava inchado, *"tava enorme assim. Eu fui tomar banho, no momento que eu entrei debaixo do chuveiro, saltava assim, ah, meu Deus, mas eu fiquei tão feliz, tão feliz, tão feliz, assim, sabe. Era leite que não parava mais, sabe, era leite que, enquanto eu fiquei tomando banho o leite jorrava"*, *"aí quando eu vi que a água escorreu na minha cabeça assim, que desceu o leite, sabe, ai, chamei todo mundo pra ver (risos) fiquei tão feliz, tão feliz. Aí também, só que arde, porque já tava em carne viva o meu bico do seio"*.

De acordo com os médicos seu filho era muito grande e estava ficando muito tempo no seio em cada mamada. O médico disse que estava anêmica e orientou que ela começasse a introduzir sucos e papinhas na alimentação de Heitor, alternando com as mamadas. O bebê, muitas vezes mantém a alimentação no seio, mas não foi o que ocorreu com Heitor, que, após a introdução de outros alimentos, *"não quis mais o peito"*, mamando até os quatro meses. Nesta época, quando ele estava com três meses e meio ela começou a baixar a pressão, *"eu comecei a cada vez que eu dava mamá pra ele, alguém tinha que dar o Heitor, eu tinha que dar o Heitor pra alguém, até pra fazer ele arrotar, porque girava tudo, girava tudo, eu não sabia aonde é que eu tava. Simplesmente eu perdia, sabe, a noção das coisas, começava a girar, eu enxergava, a minha pressão eu acho que, porque a minha pressão sempre foi muito alta, na gravidez, e depois que eu ganhei a minha pressão foi lá embaixo e a pressão, dava queda de pressão, então a gente enxerga, não sei se já aconteceu isso contigo, a gente enxerga parece umas luzinha de purpurina, eu ficava bem invocada"*. O desmame, em um primeiro momento foi um alívio para Fabiana, mas *"aí quando eu me dei conta que ele não tava mais mamando nada em mim, sabe, ai, fiquei tão triste, sabe"*. Depois sentiu falta e até hoje se sente culpada, acredita que poderia ter sido mais insistente, *"às vezes eu fico pensando, eu fui, às vezes eu acho que fui egoísta, sabe, de, poderia ter pensado mais nele. É que eu tava dando um leite sabe. Só que já não dava, eu tava bem ruim, assim, eu tava me sentindo, sabe, ruim"*.

Sabe-se que a amamentação é o primeiro tipo de alimentação que o bebê experiencia. Fabiana conseguiu romper com a 'tradição' de não ter leite. Assim, conseguiu alimentar seu filho no peito. Na amamentação a mãe consegue estabelecer muitas formas de contato com seu filho: através das palavras dirigidas a ele, pelo toque e carinho que lhe proporciona ao amamentá-lo, pela sustentação de um abraço envolvente, pelo olhar, pelo leite que alimenta. Freud (1905/1972) destaca

a amamentação como uma atividade vital, que diz respeito às primeiras experiências infantis de satisfação e, a partir dela, a criança buscará outros substitutos que lhe tragam satisfação.

De acordo com Fabiana, o desmame foi difícil para ela, e conforme Molina (1997), este é inserido lenta e gradualmente através da mãe, estabelecendo um processo de diferenciação entre ele e sua mãe. O que parece estar colocado em jogo nesta separação é a dificuldade de Fabiana em romper com esta identidade.

Nos cuidados com Heitor Fabiana tendia a seguir sua intuição, apesar de sempre ouvir orientações diversas sobre como cuidar de seu filho. Sobre a alimentação dele diz que é muito boa, ele come de tudo, sua comida é a mesma que faz para a família. Quanto ao sono, Heitor tem um sono tranquilo e neste ponto puxou a ela. Sobre estes ritmos de Heitor é possível pensar que ele tem uma imago materna internalizada que lhe permite uma regularidade de seus ritmos biológicos. Jerusalinsky (1984) enfatiza a importância destes ritmos biológicos na relação mãe e bebê.

Fabiana gosta muito de brincar com seu filho e sempre que pode está brincando com ele, *“hoje ele tava na cadeirinha dele, eu tava limpando a cozinha, aí ele tava com um carrinho. Aí eu pego e paro e sento um pouco com ele, ensino ele a, tô ensinando agora ele a utilizar o carrinho na superfície e fazer barulhinho. Ele já faz vruuuuum, e fica assim, sabe, deslizando, eu fico brincando”*. Também gosta de banhá-lo, conversar com ele, cantar músicas para ele dormir, *“de tarde a gente canta bastante, ou então às vezes eu tô arrumando, arrumando alguma coisa, ele fica assim, ele fica cantando bastante musiquinha, sabe. Claro, ele às vezes ele não sabe, mas ele fica se embalando, dançando, sabe. A gente canta bastante parabéns, porque daqui há dez dias o Orlando (irmão) está de aniversário. Então, ele assim, brinca bastante, sabe”*.

Sobre as conversas com seu filho fala, *“eu sempre conversei muito com o Heitor desde que ele tava na barriga... na minha barriga. Sempre conversei muito com ele, cantava pra ele. Hoje, eu acho assim, a gente se entende, sabe, bem. Eu sou muito, como é que eu vou te dizer, eu tô toda hora abraçando e beijando ele, dizendo pra ele que eu amo ele, sempre, sempre, sempre. Brigo com ele, como eu já te falei, né, brigo com ele muito, toda hora brigando com ele. Brigando não, não é pra mexer aí, não faz isso, não faz aquilo, sabe. Se ele briga comigo, ele faz assim pra mim, eu, eu falo... Sabe que às vezes o Nestor diz pra mim: Fabiana, tu trata ele que nem um adulto. Eu converso com ele como se eu tivesse tratando contigo, sempre foi assim, desde que ele nasceu. Quando ele nasceu, sabe, ele tinha um mesinho, eu deixava ele assim, na cama, no carrinho, ia lavar louça e fazer a janta e conversava com ele como se tivesse conversando com adulto. Sempre conversei”*. Ao lhe perguntar de qual forma conversava com Heitor disse, *“ai, essas coisas, ai, filho, vamo esperar o*

pai, será que o pai vai gostar da janta que a mãe tá fazendo, essas coisas assim, sabe, conversava com ele”, “falava com ele como se fosse adulto. Esse fato é bem engraçado (sorri), sabe, eu mesmo achava engraçado, quando eu me, me pegava fazendo isso, sabe, mas, sabe, e até quando eu tinha problema, às vezes eu brigava com o Nestor, sabe, eu falava pra ele, ai, filho, a mãe tá triste, a mãe brigou com o pai”. Molina (2001) enfatiza que desde o primeiro dia de vida a voz da mãe tem a força para enlaçar significantes e um caráter organizador e tranquilizador. Conforme é evidenciado no discurso de Fabiana, ela parece conseguir enlaçá-lo no seu discurso e introduzi-lo em sua história.

Nestor e Fabiana mantêm o hábito de saírem para se divertir, jantar, dançar e costumam deixar Heitor com os avós. Acredita que ele tenha se acostumado com isto. Outro dia diz que ele ficou chorando no portão quando seus pais se despediram dele, mas que logo após se acalmou e parou de chorar. Quando retorna *“faz aquela festa, sabe. Me abraça, me beija, sabe, só quer ficar comigo, mas não chora”*. Segundo Mannoni (1982/1986), Bergés e Balbo (1996/1997) e Aryan (1993), a ausência materna instaura a ordem simbólica e isto é necessário à criança. Em decorrência desta falta a criança buscará outras alternativas para suprir suas necessidades, promovendo um viver criativo. Mannoni (1982/1986) acrescenta que a mãe é um objeto amoroso para seu filho, valendo por sua presença, mas ao se ausentar torna-se um agente simbólico. Articula-se como objeto de dom, ultrapassando uma relação de pura necessidade e investindo simbolicamente no seu filho.

Este estudo de caso, para a pesquisadora, se diferenciou dos demais, por considerar que esta mãe possui mais recursos simbólicos para lidar com as adversidades inerentes a função materna. Consegue fazer anteparo aos excessos paternos que são dirigidos ao seu filho, tal como, a identificação de Nestor com a asma de seu filho, conforme aludido anteriormente. Por outro lado, o pai também utiliza seu sistema de pára-excitação para sobrepor aos estímulos maternos que porventura são enviados a Heitor de forma excessiva. Também se observa que Fabiana promove brincadeiras e outros momentos com Heitor, enlaça-o em sua história, disponibilizando a ele, desta forma, mais recursos para que se instrumentalize frente as vicissitudes da vida. Para a pesquisadora, estas condições que lhes são ofertadas, imbricam no processo asmático de Heitor, protegendo-o de manifestações ‘psicoasmáticas’ mais severas.

Este é o mais longo dos casos estudados, o que parece se dever ao fato de a entrevistada se deter em pormenores e desenvolver mais os temas investigados, através de lembranças e associações.

3.1.5.7. Percepções da entrevistadora a partir da dimensão transferencial

Fabiana desde o início mostrou interesse e disposição em participar da pesquisa. No primeiro encontro o tempo da entrevista foi mais restrito, pois decidimos encerrá-la mais cedo por seu marido estar aguardando o término da consulta para vir buscá-la. Em curto espaço de tempo ele ligou mais de uma vez para seu telefone celular.

A entrevistada despertou simpatia na pesquisadora, sendo que a baixa auto-estima identificada em Fabiana não condiz com a impressão causada na pesquisadora. Ela mostrou ser uma pessoa detalhista e minuciosa, sua fala era rica em pormenores, o que ficou evidenciado na própria análise do caso, mostrando-se bastante extensa.

Um aspecto que se destacou em sua fala foi o uso de diminutivos. A palavra formada com o sufixo diminuto tem a propriedade de indicar tanto idéias apreciativas quanto depreciativas, bem como se referir a idéias intensas. Cito alguns exemplos utilizados por Fabiana ao referir-se a Heitor: “*narizinho*”, “*probleminha de garganta*”, “*no outro dia cedinho*”, “*tardezinha*”, “*jatinho*” (referindo ao uso do medicamento), “*remedinho*”, “*coisinha*”, “*roupinha*”, “*espertinho*”, “*fraquinha*” (gripe), “*barriguinha*”, “*cabelinho*”, “*birrinha*”, “*mãozinha*”, “*dedinho*”, “*ele tinha um mesinho*” de idade; e outros que ela utilizou aplicando a si própria: cuida dele “*direitinho*”, “*burrinha*”, “*coisinha*”, “*feinha*”, “*bundinha*”, “*musiquinha*”, “*campinho*” (os quatro últimos termos usou ao se referir a sua infância).

Fabiana, no decorrer dos encontros, manifestou interesse em ter um espaço para poder falar sobre suas aflições, fazendo alusão disto à pesquisadora. No final da entrevista procurou-se, ao escutar este pedido, informá-la quanto a tratamentos psicológicos.

3.2. Aspectos comuns dos casos estudados

3.2.1. Condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua representação para a mãe

Todos os casos estudados têm precedente de asma na família. No momento em que o pneumologista infantil, responsável pelo ambulatório de asma do HMIPV, encaminhava as possíveis participantes da pesquisa, já havia o pré-requisito de haver histórico familiar de asma na família desta criança. Um dos fatores que levaram a elencar como critério os antecedentes familiares para inclusão na pesquisa refere-se ao fato de que na infância precoce o diagnóstico de asma tende a ser

indefinido até os dois anos de idade, sendo as crianças considerandas lactentes sibilantes. Todavia, tal como escreve Fischer (2002), a sibilância poderá ser adotada terapeuticamente como asma se compuser tais circunstâncias: for recorrente, em crianças com histórico de asma em familiar(es) próximo(s) (pais e/ou irmãos), se responder ao tratamento através do uso de betadrenérgicos e corticosteróides e nas situações onde “não existam evidências de outros diagnósticos para a sintomatologia apresentada” (p.1). Considerando estes aspectos é possível, então, confirmar o diagnóstico de asma em crianças antes deste período. Todos os casos analisados estão dentro dos critérios supracitados. Isto vai ao encontro do que aponta Guir (1983/1988), sobre a importância de conhecer com precisão o diagnóstico médico e os tratamentos realizados pelo paciente.

Em todos os casos estudados, há, seja a partir da linhagem materna, seja da paterna, familiares asmáticos. Em todos eles havia antecedentes asmáticos na família do pai. Em três destes estudos de caso a mãe tem ou teve asma (Andressa, Ana Maria e Mariana), e todas elas desde sua infância. Todavia, através das entrevistas não foi possível identificar se a manifestação havia iniciado desde quando eram bebês. Nos outros dois casos as mães não tinham asma, a asma era somente de ascendência paterna (Fabiana e Catarina). Este aspecto é destacado em função de que é possível pensar, tal como afirma Guir (1983/1988), na relevância de investigar, nos fenômenos psicossomáticos, a família do paciente e seus antecedentes genealógicos. O autor escreve que a lesão psicossomática, nestes casos analisados, as disfunções psicossomáticas, são selos familiares que se evidenciam corporalmente e transformam a pertinência simbólica em uma filiação quase orgânica na linhagem familiar.

Creio que estas formulações de Guir (1983/1988) remetem ao que foi aludido sobre uma falha na ‘pré-disposição simbólica’. Ao referirmos a existência de uma pré-disposição hereditária na asma, tal qual assinala Kreisler (1977/1978), compreende-se que nestas circunstâncias o que prevalece é o registro do real nas transmissões geracionais. Todavia, há também o que a pesquisadora denominou de ‘pré-disposição simbólica’, e que diz respeito à potencialidade psíquica que comumente as crianças encontram no seu universo circundante ao nascerem. A referida potencialidade psíquica encontrada pela criança no seu mundo familiar infantil, somada a sua potencialidade orgânica (inata) são propulsoras de seu desenvolvimento psíquico, físico, cognitivo e motor. Contudo, nos quadros psicossomáticos parece existir uma falha nesta ‘pré-disposição simbólica’, pois o mundo que é ofertado à criança não lhe recobre suficientemente de significantes paternos e maternos a ponto de lhe darem a sustentação psíquica necessária e protegerem-na de abalos ou avalanches psicossomáticas. A criança, quando tomada na perspectiva simbólica, consegue

lidar mais criativamente com as adversidades da vida. Sendo assim, nas famílias onde está presente o fator hereditariedade da asma há uma maior fertilidade para que o fenômeno asmático então se repita. Por isto que coloco a existência de uma falha em uma ‘pré-disposição simbólica’, podendo esta ser transmitida transgeracionalmente.

Outro ponto relevante diz respeito aos casos onde a mãe também padeceu ou padece de uma insuficiência respiratória. Guir (1983/1988) assinala que a inscrição psicossomática traça no corpo do paciente a história do corpo de um outro. Nestes casos, quando o outro é o outro materno, parece convergir ao que Debray (1987/1988) escreve sobre a tenacidade das psicossomáticas da mãe e do bebê. Em função de estas crianças estarem em uma fase de desenvolvimento onde dependem sobremaneira de suas mães, onde não há uma relação de eu ao outro, uma diferenciação, devido à precariedade de seu aparelho psíquico, é possível pensar que a influência materna é muito mais eficaz. Uma outra forma de olharmos para este aspecto é através do que Dejours (1998) destaca, que a manifestação somática tem um endereçamento ao outro, e que, portanto, coloca o sujeito em um impasse psíquico que diz respeito a si e também ao outro. Fain (1981) assinala que nas asma infantis muito precoces parece ter existido uma incitação freqüente do universo familiar ou materno, dificultando a construção de formas de defesa frente a estes estímulos.

No que se refere aos fatores compreendidos como desencadeadores do fenômeno asmático, quatro das cinco mães destacaram as condições climáticas e/ou alérgenos como propulsores da crise asmática. A exposição a alérgenos refere-se a ácaros, bichos de pelúcia, pêlos de animais, cheiros, poeira, etc. Por exemplo, a respeito da manifestação da asma em seu filho, Andressa diz “*nele ultimamente mais é com a mudança de tempo. É como agora, esquenta, esfria, esquenta, esfria. Tá frio, esquenta, ele, aí ele fica gripado, né? Nariz escorrendo, tosse bastante e chia o peito, chia bastante o peito dele*”, “*Além da temperatura? A poeira também, se ele pegar muita poeira é ruim. Agora eu acredito que seja também um pouquinho pela primavera, né, tem o cheiro da flor, também lá perto da minha casa tem uma árvore que solta tipo um algodão, assim, sabe? Então ela solta e ela vai lá pro lado de casa*”, “*... é cheiro forte, perfume, sabonete. Se ele estiver atacado até o sabonete que ele toma banho incomoda, se ele tiver com crise, mas se ele estiver bem assim, o sabonete dele, o xampu dele é normal*”. Ana Maria relata que “*a mudança do tempo, né, ocasiona isto muito também. A mudança de tempo principalmente, ele fica... que ela..., ele fica mais atacado da asma*”.

Houve duas mães, Fabiana e Mariana, que disseram ser possível que o ‘aspecto emocional’ contribua para o surgimento da crise, porém, somente em adultos, não em crianças. É importante

salientar que os fatores considerados desencadeadores da asma pelas entrevistadas são aqueles mais conhecidos socialmente. Todavia, é fundamental também considerar os aspectos relacionais, compreender a configuração familiar onde a criança se insere, pois, como aponta Kreisler (1978/1981), as causas ditas sociais (condições do clima, alérgenos, etc.) devem ser observadas, mas é relevante refletir sobre a asma infantil a partir das incidências individuais. O autor acrescenta que freqüentemente a asma tem componente alérgico, mas destaca que a crise alérgica é fruto de fenômenos complexos, sendo a alergia, um dentre outros.

Goldeszer e cols. (1993), ao falarem sobre a inclusão do ser humano no mundo respiratório, discorre que o bebê se torna escravo do ar a partir do momento em que a respiração passa a ser uma constante. Através do baixo teor de oxigênio acede ao mundo exterior através do ar, rompendo o circuito circulatório da mãe com seu bebê e possibilitando o surgimento da voz. Para o autor este ar representa o primeiro som que antecede a voz. Através da análise e discussão dos dados pode-se observar que o ‘fenômeno psicoasmático’, bem como os outros fenômenos psicossomáticos, é uma tradução da angústia de morte e uma manifestação de vida, uma forma de acessar sua identidade, como destaca Andrade (1998). Desta forma, a crise sinaliza que algo não anda bem, dá a ver que algo excedente transborda no seu corpo através de sua batalha para inspirar e principalmente expirar. Se pensarmos a partir do que Goldeszer e cols. (1993) destacam e sobre uma possível função da doença asmática na vida relacional, a crise seria uma forma comunicacional mais primitiva que estaria ocupando o lugar de uma comunicação mais desenvolvida que ocorre por intermédio da palavra. Em decorrência da precariedade simbólica do bebê, a manifestação da asma é uma forma de assinalar seu padecimento, e ao mesmo tempo, um canal de extravasamento de sua angústia, uma angústia refletida no soma. Todavia, mesmo à custa de tal sofrimento, parece ser uma forma de buscar identidade. Andrade (1998) afirma que na falta de outros recursos disponíveis para lidar com as adversidades, a pessoa asmática responde a elas com aqueles recursos dos quais dispõe. Sendo assim, o bebê, devido a sua imaturidade constitutiva, careceria de recursos para fazer anteparo a estes excessos que desembocariam no seu corpo, e via soma, seu sofrimento estaria representado, por ser este seu principal veículo de comunicação.

Nos cinco casos estudados a ‘administração’ da medicação era por intermédio materno, somente Mariana dividia esta tarefa com sua mãe, que era quem ficava com seus filhos durante o dia. Claro que na maioria das circunstâncias são mães que não estão trabalhando fora e que, portanto, tomam para si estes cuidados. Todavia, conforme Debray (1987/1988), a farmacodependência que porventura possa vir a ocorrer pode sustentar-se pela angústia materna e estabelecer uma insidiosa

forma relacional. Em vários casos é possível perceber que as mães, mesmo com a possibilidade de ajudas externas, não aceitam a inclusão de um terceiro nesta tarefa. Tomam para si esta responsabilidade. Um exemplo do cuidado em relação à asma é a fala de Mariana “*eu cuido, cuido, cuido, controlo, controlo, controlo. A minha filha tem sinusite, tem rinite, a outra tem asma. Não sei porque que é assim, mas se é vamos aceitar e tratar, né*”. Já Catarina fala que o marido a ajuda nas horas que ela não pode cuidar de seu filho, “*mas com os remédios é só eu*”. É possível então, pensar que se trata de uma forma de controle materno via administração medicamentosa?

Kreisler (1978/1981) ressalta que os fenômenos psíquicos que antecedem as crises são percebidos pelos pais, dando um caráter premonitório ao fenômeno. No entanto, no relato destas mães foi possível constatar que elas identificavam os sinais corporais precursores da crise, tal como relata Mariana, dizendo que, às vezes, consegue pressentir a crise, mas nem sempre “*quando... eu olho pra ele e ele tá com o rosto muito caidinho assim, muito inchado. Porque às vezes incha o rosto, né. Às vezes dá, porque às vezes não incha o rosto, né*”. Os sinais corporais, como aspecto premonitório da crise, foram percebidos com maior ou menor intensidade pelas mães. Um ponto factível de ser articulado é que nesta dinâmica, é no corpo que a comunicação se estabelece com mais eficácia.

3.2.2. Lugar do pai no discurso materno

No estudo dos fenômenos psicossomáticos um dos motes teóricos diz respeito à metáfora paterna. Trata-se, nestes casos, da inoperância do Nome-do-Pai, tal como escreve Guir (1983/1988), onde os significantes paternos se inscrevem, mas não fazem metáfora. Na prática clínica da pesquisadora, sempre houve a interrogação se aquilo que havia aprendido na literatura sobre a função paterna e os fenômenos psicossomáticos efetivamente ocorria. Esta pesquisa proporcionou refletir sobre este aspecto tão crucial para a estruturação psíquica dos seres humanos.

O objetivo desta pesquisa é estudar a dinâmica psicossomática estabelecida na primeira infância no que tange à asma infantil. Desta forma, não poderia deixar de investigar como opera a função paterna nestes casos. O espaço paterno é fundamental para compreendermos a complexidade da trama familiar. Pelo fato de o pai em fase tão inicial de o desenvolvimento humano ser mediado pela mãe, é esta quem irá apresentar o pai ao seu filho. Por isto é que se formulou este tópico, onde através do discurso da mãe é possível identificar, a forma como a função paterna incide nesta dinâmica.

Procurou-se formular questões que propiciassem à mãe discorrer sobre a função paterna na configuração familiar, através de perguntas que a levassem a falar sobre qual a participação do pai em relação à doença do filho, a gravidez, no dia-a-dia, como ela o via como pai de seus filhos e como era a relação deles enquanto casal. Destas questões surgiram algumas considerações. Para melhor análise e fins didáticos, estas serão divididas em dois aspectos: o primeiro diz respeito à forma como este pai aparece enquanto pai de seu(s) filhos(s), e o segundo relaciona-se com o fato de como a mãe vê a relação amorosa do casal, conseqüentemente, seu interesse afetivo e sexual pelo parceiro.

3.2.2.1. A forma como o pai aparece enquanto pai de seu(s) filhos(s):

Em quatro, dos cinco casos, o pai tinha algum tipo de participação ativa na vida de seus filhos. Somente no caso de Andressa é que houve uma clara rejeição quanto à forma como ela o via como pai, colocando que ele é um *“péssimo pai eu acho na minha opinião, sinceramente, tô te falando sinceramente, digo pra ele mesmo. Eu acho que eu poderia ter arrumado um pai melhor(risos)”*. Comenta que ele está sempre cansado, não brinca com seus filhos, e quando o faz é devido a sua insistência, sempre reclama dos filhos. Diz que gostaria de ter um *“pai bobo”* para os seus filhos. Segundo ela, seria aquele pai respeitado pelos filhos e que não requer uso da força física para que o respeitem. O espaço paterno nesta relação é desvalorizado, seu marido é destituído completamente de importância.

Nos outros casos, havia o reconhecimento de algumas qualidades nos pais, conforme evidenciado a seguir.

Catarina diz que Ramiro é *“bom. Numa hora ele é um super pai, né. Outras horas ele é meio durão”*. Conta que *“a que a gente sai pra brincar ele vira uma criança também, né... Se ele tá com as crianças ele vira uma criança”*.

Outro exemplo é o caso de Mariana que fala que o Leonardo *“ah, ele é um super pai”*. Diz que em relação ao que imaginava ele é *“melhor ainda, eu não pensei que ele ia ser tão pai, como ele é pai. Eu nunca pensei”*.

Ana Maria diz que seu marido *“é muito, muito, ele é muito corajoso”*, sua coragem é reconhecida quando fala sobre a forma como ele encara sua doença, esclerose múltipla. Como pai *“eu acho ele preocupado, dedicado, atencioso, atento. Ah, eu acho que ele é bom”*, *“aliás, ele até que me surpreendeu. Eu achei assim que ele ia ser um péssimo pai... eu achei que ele ia ser*

horível". Também fica evidente em sua fala o reconhecimento de características masculinas, tais como valentia, coragem, e do sucesso do marido, referindo-se a sua habilidade em jogar sinuca, apesar disto ser motivo de discórdia no casal. Diz *"não é que ele perdia, ele não perdia, ele sempre ganhou, na sinuca, jogar sinuca, ele joga muito bem. Ele, ele ganhava, ele jogava muito dinheiro, muitos troféus, já ganhou muita coisa na sinuca, só que eu acho que tudo vai bem até o dia que vai mal"*.

No caso de Fabiana, é possível observar que o pai tem uma participação bastante intensa, em alguns casos massiva, na dinâmica da díade. Fabiana reconhece que a presença de seu marido é e foi importante em vários momentos de sua vida. Ao saber de sua gravidez, a felicidade do marido a contagiou, bem como sua assídua participação nas consultas pré-natais, o que a fez sentir-se segura. Nestor também consegue fazer valer o sistema de pára-excitação paterno, aplacando as angústias de seu filho (choro intenso) lá onde Fabiana não consegue fazer anteparo. Conversavam freqüentemente sobre seus desejos e expectativas em relação ao filho, escolha de seu nome, etc. para ela, o Nestor, como pai de seus filhos *"ele ééé ótimo, sabe"*, e acrescenta *"ele lembra bastante o meu pai"*. Diz que seu marido é bastante sensível, como ela e seu filho. Ele costuma brincar bastante com Heitor. Também fala que *"o Nestor tem a personalidade muito forte, sabe. É que ele sabe o que ele quer, ele faz planos, ele corre atrás do que ele quer, ele se impõe, sabe"*, *"ele sempre tem um poder de liderança incrível"*, referindo-se tanto ao âmbito familiar quanto profissional. Considera-o com personalidade forte *"e eu tinha vontade que o Heitor tivesse a personalidade dele e não sei porque, mas eu acho que vai ter"*.

Ao considerar os exemplos acima destacados, percebe-se que na maioria deles há o reconhecimento de valores paternos, com exceção do caso de Andressa. Porém, ao mesmo tempo em que isto acontece, há, por outro lado, valores que são sabotados, tais como: a sinuca (Ana Maria), os cuidados com o filho são monitorados pela mãe (Catarina), não é facultada a possibilidade de participar da escolha do nome do filho, opinar sobre a gravidez da companheira e sobre o que esta gravidez representa para ele (Mariana), ou o esquecimento por parte da mãe (no nascimento do filho, momento em que esta acreditava estar correndo risco de vida) do parceiro, pai de seu filho, como alguém capaz de proteger o filho recém-nascido (Ana Maria). Estes valores, os quais são solapados, são então expulsos. Todavia há valores que se preservam. A função paterna não é minada completamente, isto faz diferença na estruturação psíquica, eles estão presentes de alguma forma.

A partir do que foi elencado, a análise dos casos leva a corroborar a relevância da função paterna na organização psicossomática do bebê. Cabe a quem cumpre a função paterna incidir de forma eficaz na relação estabelecida entre a mãe e o bebê, quebrando e rompendo a ilusão de unicidade. Entretanto, o que pode ser observado nestes casos é que a função paterna se encontra fragilizada. Guir (1987/1990) assinala que a função paterna, no fenômeno psicossomático, possui um registro particular, é inoperante, funcionando em certos sítios do discurso e não em outros. Isto fica evidente na fala destas mães.

McDougall (1989/1996) escreve que há uma deterioração ou ausência da imago paterna no mundo simbólico materno e do filho. Ora, como já foi destacado, se a mãe é quem apresenta o pai para seu filho, conforme a função paterna estiver inscrita na mãe é que a transmissão ocorrerá. Isto se evidencia, como escreve Coriat (1997), principalmente em um estágio mais primordial do desenvolvimento, justamente a fase do presente estudo, a primeira infância. Isto leva a pensar que nos casos de Catarina, Andressa, Ana Maria e Mariana a função paterna não é eficaz, apesar de operar. Curiosamente são estes os casos em que a manifestação da asma incide de forma mais evidente e desorganizadora para a saúde das crianças. No caso de Fabiana, as crises de asma de seu filho Heitor são mais espaçadas e bastante leves.

3.2.2.2. Como a mãe vê a relação amorosa do casal:

Em todos os casos analisados, o parceiro, enquanto objeto amoroso, parece representar um papel ínfimo na vida destas mulheres, assim como traz McDougall (1989/1996). A seguir, coloco em relevo o que, na fala destas mulheres, levou-me a fazer tal leitura sobre o lugar do parceiro como objeto de desejo.

No caso de Andressa, sua fala evidencia o lugar desinteressante que seu marido ocupa atualmente em sua vida. Comenta que *“já não é mais aquela coisa assim, de logo no começo quando que tu casou, o amor que tu tem. Pra mim tanto faz, ter ou não ele não faz diferença”*. Pergunto-lhe se não gosta dele, ao que responde: *“Não!”*, e diz que estão juntos somente *“por que eu não tenho vergonha na cara, digamos assim (risos). Porque tenho medo de enfrentar a vida sozinha. E ele sabe disso, eu digo pra ele: eu só vivo contigo porque não deu coragem de te dizer ó, vai, vai!”*. Comenta que fala pra ele *“quando eu não gosto, eu não gosto, não posso fazer nada, né. É uma coisa que eu acho que não tem como obrigar ninguém a gostar de outra pessoa, né? Eu não gosto de ti, e eu digo que tu não foi o que eu esperava”*, *“ultimamente ele tá procurando fazer*

de tudo pra me agradar. Só que não é a mesma coisa, que nem eu disse pra ele: tu pode trazer o mundo e bota nos meus pés, mas agora não adianta, sabe? Tu teve a tua chance...". Conforme seu pai dizia: *"pau que nasce torto, morre torto"*. Desta forma, é possível observar que Andressa não encontra em Altair um amante, um homem a quem deseje e reconheça como potente.

Ana Maria descreve a relação dela e seu marido: *"ah, eu acho que a gente tem uma boa relação, um bom entendimento, briga, mas se briga muito pouco. Talvez porque já nos separamos"*. Ficaram cinco meses separados, reataram o casamento e após se separam novamente, mais ou menos por cinco meses. As brigas do casal nunca foram por ciúmes, apesar de alegar que ambos são ciumentos, e sim por causa da sinuca. Um dos critérios para se reconciliarem era que ele abandonasse a sinuca. E agora a *"gente tá bem. A gente quase não briga. Ele procura fazer as coisas assim, sempre da melhor forma, procura me falar tudo, ou quase tudo. E não tenho assim me sentido ele largou mesmo, ele já não bebe, não fuma e agora não joga. A gente tá no paraíso"*. Ana Maria apesar de reconhecer qualidades em seu marido, o *"paraíso"* foi possível somente às custas do abandono de Mariano de uma atividade que lhe trazia gratificações. Diz que ele procura fazer as coisas da melhor maneira, mas neste caso, a melhor forma parece ser aquela que prioritariamente satisfaça a ela, pois a sinuca para ela era a forma de seu marido mostrar *"sua rebeldia"*. Apesar de ela em nenhum momento evidenciar em sua fala seu desinteresse por ele, por outro lado, ela parece desvelar o lugar ocupado por ele justamente pelo que não diz. Há ausência de qualquer manifestação passional ou de investimento libidinal orientado para Mariano. Esta análise é reforçada pela configuração parental que se armou neste casal, conforme explorado na análise deste caso.

Com Mariana, desde o início da entrevista várias lacunas surgiram para mim, e uma delas dizia respeito ao lugar deste homem em sua vida. Ao falar como via o seu companheiro, respondeu: *"como é que eu vejo ele? O puro acaso, foi o puro acaso, né, aconteceu, né. Até hoje eu me pergunto: como é que a gente tá junto até hoje? Como é que aconteceu?"*. Leonardo, seu companheiro, dorme no mínimo duas vezes por semana na casa de sua mãe e quando esta lhe pede que durma mais vezes, ele concorda. Somente quando seus filhos estão em crise é que ele prioriza dormir em casa para cuidá-los *"ele vem pra ficar com as crianças, mas não é muito, quando as crianças tão doentes sim, na crise que ele vem pra ficar. Porque daí precisa né, precisa de alguém mais pra cuidar"*. Sobre o fato de Leonardo dormir na casa de sua mãe *"é que a mãe dele é meia, como é que eu vou te dizer? Ai, ela tem os problemas dela, ele vai lá para ajudar ela, ele fica lá, eu entendo isso, eu não gosto, não gosto mesmo porque, ela não gosta de mim"*. Sobre a relação deles

diz “*gente já era muito amigo né, aí vim a ficar junto, a tendência foi de só melhorar, só ir pra frente né, porque ele veio me dar apoio porque Às vezes eu to num baixo astral, porque eu sou assim, eu posso estar bem agora e não posso tá bem depois*”. Mariana fala que ele é seu amigo, a apóia, dorme mais frequentemente na casa de sua mãe e isto não a incomoda. O que a incomoda neste aspecto, é o fato de sua sogra não gostar dela. Ele é um ‘amigo’, pai de seus filhos. Parceiro este o qual sabotou. Ao falar da gravidez do filho somente aos cinco meses de gestação, o paralisou e o impediu de qualquer manifestação de seu desejo frente à gestação de Gustavo. Mariana escolhe um homem que não consegue se afastar de sua mãe, dizer não a ela. Tal qual Mariana, que também não consegue se desenlaçar da sua mãe. Não se trata de um relacionamento amoroso entre um casal, e sim, um relacionamento entre filhos que têm seus próprios filhos. Leonardo não parece ser objeto de seu desejo.

No que se refere à Catarina, ela fala que no início de seu casamento, nos primeiros cinco anos, tinha uma vida boa, porém, depois as brigas do casal se tornaram constantes. Sobre seu relacionamento Catarina dá informações dúbias ou contraditórias. Por exemplo, apesar de falar que viveram bem durante cinco anos, disse em outro momento que até oito anos atrás discutiam com frequência (estão casados há aproximadamente dez anos). Disse que começaram a se entender novamente há menos de um ano (a contar a data da entrevista), quando ainda estava grávida de seu filho. Comenta que durante muito tempo foi ela quem cuidou e sustentou a casa, pois Ramiro “*saía, voltava noutro dia, não sabia por onde ele andava, não me ajudava*”, ele “*trabalhava, mas não ajudava comprar as coisas, pagar as contas, né. Aí a gente acabava brigando*”. No entanto, há menos de um ano ele mudou seu comportamento, mas sobre o que aconteceu “*não sei, simplesmente ele mudou*”. Eles ficaram dois meses afastados, e neste intervalo vinha muito esporadicamente para casa. Depois deste tempo ele retornou, “*foi de uma hora pra outra. Ele foi pra mãe dele, voltou de lá mudadinho*”, a surpreendendo. Sobre o motivo da mudança disse que conversou com ele, mas “*mas ele nunca me deu a resposta, né. Perguntei porque ele voltou, né. Ele nunca me respondeu, né. Pra agir assim, né*”. Segundo ela, ele modificou e está mais participativo que no início do relacionamento deles. O retorno de Ramiro, por si só, parece ter bastado para Catarina, que não demonstrou se inquietar com a falta de explicações para a mudança repentina de seu marido. A ausência de seu marido, suas saídas noturnas a incomodavam, mas na entrevista somente manifestou o incômodo pelo fato de ele não participar nos cuidados e nas despesas da família. Não fez referência a outra forma de ausência. Sobre ausências, Catarina afirma que seu filho, Edson veio para preencher o vazio em sua vida. Diz que “*a gente sempre tem problemas, né, e então pra*

disfalça os problema então temo ele junto com nós, né. Demo atenção pra ele e que daí a gente esquece...”. Sobre este assunto Catarina disse não querer falar. O que será necessário esquecer?

Fabiana, ao falar sobre seu marido, diz gostar *“de conversar com o Nestor, ele, a gente se abre bastante, a gente conversa muito, ele é muito meu amigo, só que agora ele tá assim, ele é meu pai e minha mãe e meu companheiro, sabe, ele é, ele é muito, como ele cuida de mim, ele se preocupa muito comigo, sabe, ele é muito preocupado comigo”*. Diz que o Nestor é bastante parecido com seu pai, a quem considerava seu *“ídolo”*. Disse que ele *“não é totalmente igual a ele, isto é impossível, né, mas é bem parecido, e tem coisas que eu ainda tenho vontade, tenho esperança de que ele vá..., assim, vá se modelando conforme, não só, não só conforme eu quero, mas assim, eu sei que é coisas boas, tu entende?”*. Nestor e Fabiana têm o hábito de sair para jantarem, dançarem e nestes momentos costumam deixar seu filho com os avós. A forma como descreve a relação deles é a seguinte: *“ah, a relação é bem, uma relação de bastante amizade, sabe, muito companheirismo, tudo que o Nestor faz ele me convida . Tudo que ele vai fazer ele me explica, sabe, ele me...”* , *“a gente é bem companheiro e tudo que eu faço também eu sempre explico pra ele, conto tudo pra ele. A gente é bem companheiro, sabe”, “a gente é bem companheiro, a gente tá sempre junto, um sempre apóia o que o outro faz. Apóia muito, sabe. Só que a relação é bastante isso . É bastante companheirismo, muito respeito, bastante amizade, muita amizade. A gente é bem, a gente é bem cúmplice um do outro, sabe, bem.... a gente é bem amigo mesmo, sabe”*. De todos os casos estudados, o de Fabiana parece bastante singular, porém, no que diz respeito ao lugar que seu marido ocupa em sua vida afetiva, parece não destoar totalmente dos outros casos. É possível reconhecer que Fabiana encontra em seu marido um companheiro com quem compartilha prazeres comuns aos casais, ou seja, dedicam tempo a eles, saindo para jantarem, dançarem. É possível reconhecer que o interesse de Fabiana também direcionado ao seu marido, incluindo-o no momento que para ela é o mais gostoso: ficaram os três juntos, pai, mãe e filho.

Por outro lado, o que surge com mais freqüência e intensidade na fala de Fabiana é como seu marido se preocupa com ela, lhe dá segurança, lhe conforta, como são amigos, companheiros, etc., mas *“só que a relação é bastante isso”*. Neste momento de sua fala, parece que algo ali surge em excesso *“é bastante isso”*, e ao mesmo tempo algo ali é escasso *“só que a relação é bastante isso”*. Acho possível depreender a partir de sua fala e articulando com a configuração fantasmática do casal (conforme desenvolvido na análise deste caso), que Nestor carece de um investimento passional, erotizado. Nestor parece ainda ocupar para Fabiana um lugar de recobrir o ideal paterno

internalizado, por isto procura moldá-lo para que adquira as características por ela valorizadas e reconhecidas em seu pai.

Em todos os casos identificou-se, nesta análise, que de alguma maneira ou outra, o lugar dos parceiros enquanto objeto de amor, enquanto objeto de desejo não estava tão assegurado. No estudo destes casos percebe-se que o parceiro não ocupava tal lugar na construção do casal parental. Estas reflexões vão ao encontro do que escrevem Coriat (1997), Rocha (1998), Debray (1987/1988) sobre a importância de o investimento materno ser direcionado para além de seu filho, introduzindo o pai na relação e investindo-o libidinalmente.

O que parece ser relevante é que este aspecto é de extrema importância, e que ambos, o lugar deste homem enquanto pai de seus filhos, e o lugar deste homem enquanto objeto de desejo de sua parceira formam os dois lados de uma moeda, e são fundamentais na organização psicossomática da criança. Estas particularidades, de acordo com a análise destes casos, são encontradas na configuração familiar da criança asmática. Conforme afirma Lerude (1998), os sintomas infantis, neste caso, os fenômenos psicossomáticos infantis permitem revelações: do inconsciente parental, do inconsciente materno, fazendo emergir as dificuldades concernentes ao laço conjugal.

3.2.3. Situações identificadas como angustiantes maternos

Este item foi considerado, em decorrência das reflexões despertadas na pesquisadora após a realização das entrevistas.

De acordo com Mannoni (1982/1986) e Goldeszer e cols. (1993), há uma prematuridade fisiológica no recém-nascido que o coloca em uma encruzilhada. O ar que recebia via placenta, no momento de seu nascimento lhe falta, e então, através desta falta de ar ele tem seu reflexo respiratório ativado e acede ao mundo respiratório. A partir disto, ele se torna escravo do ar, sendo a respiração uma das reações mais primitivas e vitais do ser humano. A partir do nascimento, a respiração fará parte de todos os momentos de vida do sujeito, sejam estes prazerosos ou desprazerosos. Ambos autores destacam uma relação intrínseca entre angústia e respiração. Uma situação muito angustiante poderá fazer com que o sujeito modifique sua condição respiratória.

A presente pesquisa situa o fenômeno psicossomático da asma, bem como os demais, cumprindo um importante papel na vida daqueles sujeitos que lidam com suas angústias via somatização. Isto ocorre, pois respondem aos estímulos excedentes as suas capacidades de suportabilidade em seus próprios corpos, baseados nos recursos de que dispõem. McDougall

(1989/1996) afirma que o processo de somatização é uma forma de o ser humano lidar com suas angústias.

A mesma autora aponta que uma situação difícil vivenciada pelo cuidador tende a repercutir de forma determinante na vida relacional com a criança. Enfatiza a importância da forma como o casal parental lidará com os conflitos e situações vivenciadas de forma traumática, e a forma como elaborarão estas situações dará a dimensão das mesmas nas suas vidas.

Em função dos aspectos teóricos acima evidenciados, a pesquisadora achou pertinente acrescentar a este trabalho fatores considerados angustiantes maternos e que poderiam ajudar a compor a complexidade do fenômeno psicossomático. Os aspectos considerados angustiantes nas vivências destas mães não possuem uma relação de causalidade linear no que se refere ao desencadeamento da doença, pois o fenômeno é pensado a partir de sua complexidade e, conseqüentemente, da diversidade que lhe é inerente. Todavia, são considerados pela pesquisadora importantes na compreensão da dinâmica psicossomática.

Em todos os casos foi possível identificar aspectos angustiantes e significativos. É claro que a angústia faz parte da vida humana, porém, a ênfase neste estudo reside na vivência das situações conflitivas e sua correspondente elaboração.

Neste tópico optou-se por apenas lembrar as diversas situações angustiantes vivenciadas por estas mães, pois estes aspectos foram detalhadamente comentados na análise dos casos:

Ana Maria viveu momentos difíceis em seu primeiro parto, correndo risco de vida, vindo a sentir “*podre*” e necessitar fazer três intervenções cirúrgicas em dez dias. Na época em que era criança foi morar longe de sua mãe, com sua irmã a quem chamava de mãe. Pensa constantemente na morte, é um pensamento que a acompanha “*desde que me conheço por gente*”. Teve asma desde pequena e lembra, ao nascer sua filha, as sensações causadas pela asfíxia. Está há treze anos sem rever sua mãe e engravidou de sua filha Márcia no período em que iria visitá-la. Acha que a gravidez inviabilizou este reencontro.

Mariana, também asmática, recorda de sua infância e das limitações que a doença lhe impunha. No caso de Mariana a doença ainda é bastante freqüente em sua vida, e tende a ter crises de asma, desencadeadas, segundo ela, muitas vezes por ver seus filhos em crise asmática. Identificase com a asma de seu filho. Já no início de sua adolescência seus pais se separaram, vivenciando o abandono do pai de quem disse gostar muito. Apesar de morarem na mesma cidade há quatro anos não o vê. Ele não conhece seus netos.

Catarina fala sobre a dificuldade em amamentar seus filhos homens (dois) e sobre vivências infantis que a faziam desmaiar até três vezes por semana. Sobre a amamentação, acredita que o fato de ter deixado de amamentar seu filho poderia ter relação com o surgimento da asma, pois ele veio a apresentar sintomas de asma logo após o desmame precoce. Com seu primeiro filho necessitou fazer uma intervenção cirúrgica em decorrência de excesso de leite. Estes seus filhos tiveram asma desde pequenos.

Já Andressa conta que foi abandonada quando tinha vinte e dois dias, não sabendo o que é “mãe” até tornar-se mãe de Taís (primogênita). Quando seu filho esteve internado devido a sua prematuridade, com aproximadamente vinte e poucos dias teve uma infecção que quase o levou à morte. Pouco tempo após Diogo ter manifestado sua primeira crise asmática teve três paradas respiratórias, e, conforme Andressa, achou que seu filho tinha falecido em seus braços, contudo, ele estava desfalecido. Outro fator identificado como angustiante refere-se a sua tentativa de suicídio, após ter perdido o controle depois de discutir com sua filha e agredi-la fisicamente.

Com Fabiana também existiram situações relevantes que podem ser considerados fatores angustiantes, tais como a morte abrupta de seu pai e posterior falecimento de sua mãe, que se encontrava com câncer há cinco anos. Sua mãe morreu quarenta e oito dias após o óbito de seu pai. Outro fator angustiante, Fabiana tinha dificuldade em ser continente do choro intenso e ininterrupto de seu filho quando este se encontrava doente, o que a irritava enormemente. Esta situação remetia a uma vivência de sofrimento em uma fase temprana de sua vida, quando sofreu terrivelmente em função de dor. Recorda que passou duas noites e um dia chorando. Teve depressão pós-parto, e afirma ser uma pessoa depressiva, depressão esta que a acompanha desde pequena.

Todos os exemplos citados foram considerados pela pesquisadora angustiantes maternos. Uma questão que se destaca para a pesquisadora é pensar que de alguma forma estas vivências são interatuantes na dinâmica destas mães com seus bebês. Se pensarmos que há, de acordo como afirma Debray (1987/1988), uma linha muito tênue entre a mãe e seu bebê, e quanto menor ele for, maior a influência materna, é possível considerarmos que as vivências maternas angustiantes podem ter um efeito bastante direto em seu filho. A mãe lida com suas angústias mais frequentemente via psíquica, tomando a angústia como um estado afetivo de acentuado desprazer. Kreisler (1978/1981) e Debray (1987/1988) chamam a atenção para a elevada angústia materna e/ou dos familiares, em contraste com a angústia da criança asmática. O primeiro autor fala em ausência de angústia na criança, sendo que Debray (1987/1988) ressalta sua indiferença frente à crise asmática.

Para a pesquisadora, não se trata de ausência de angústia, conforme ressalta Kreisler (1978/1981). O bebê, devido à precariedade de seu sistema imunológico, cognitivo, motor e psíquico não consegue fazer anteparo a estes excessos enviados por sua mãe, e como a via corporal é praticamente a única forma de que dispõe para lidar com estas adversidades, a angústia fica então representada no corpo. Neste caso, os investimentos são evidenciados em uma desorganização na atividade respiratória. Isto é reforçado pela concepção de que o fenômeno psicossomático, tal qual afirma Lacan (1954-1955/1985), se produz no registro do auto-erotismo.

Partindo desta ótica, é plausível compreender por que, muitas vezes, a distância da criança asmática de sua mãe pode levá-la a cessar suas crises de asma, segundo assinala Debray (1987/1988).

Outro ponto destacado pela pesquisadora é sobre a grande incidência da asma nos primeiros anos e seu caráter transitório. Se pensarmos que o bebê tem um precário sistema psíquico que está se armando, sendo construído, e, portanto, vulnerável a somatizações, à medida que ele vai crescendo irá se desenvolvendo egoicamente, como escreve Freud (1914/1972), pois o ego não existe no sujeito desde sua origem, é inicialmente puro id. A criança começa a diferenciar o eu do não-eu, em outras palavras, a partir da diferenciação que poderá fazer de si e de sua mãe, ao crescer terá mais condições psíquicas e físicas de fazer anteparo aos excessos maternos. Haverá também um distanciamento psíquico. Por isto a distância física também poderá ajudá-lo a atenuar sua asma ou a eliminá-la, mesmo que provisoriamente.

Continuando a refletir sobre a questão da angústia e da diferença entre a angústia materna de a angústia infantil: se pensarmos que há uma tênue relação entre a psicossomática materna e infantil é plausível pensarmos na sutileza da angústia da criança e da angústia materna, porém, com manifestações diferentes. Freud (1933/1972) fala primeiramente em angústia tóxica, referindo-se ao protótipo da angústia, o processo de nascer. Esta seria a angústia primordial do ser humano. Posteriormente ele faz uma diferença entre angústia neurótica (livre e flutuante, vincula-se a idéias, pensamentos, perigo é interno, inconsciente) e angústia realística (reação do indivíduo frente a uma situação de perigo, passível de se tornar consciente). Segue adiante dizendo que há uma transformação da angústia neurótica em angústia realística devido ao temor de determinadas situações de perigo. Se partirmos desta diferença, as angústias destas mães podem ser identificadas como angústias neuróticas e estas podem vir a se tornarem angústias realísticas identificadas no fenômeno asmático de seus filhos? Assim, o temor constante passa a ser externo, identificado no medo de que a asma venha a se manifestar, talvez em forma de uma crise? Nas palavras de Freud

(1933/1972), a angústia neurótica transforma-se em angústia realística devido ao temor de determinadas situações de perigo. O temido nestas situações não é um dano ao sujeito e sim, algo efetuado mentalmente por ele.

Ainda em relação à questão da angústia, faço uma distinção entre a angústia da mãe e da criança. Freud (1933/1972) escreveu que para cada etapa do desenvolvimento humano há um fator de angústia correspondente, desta forma, em uma fase precoce do desenvolvimento onde o ego ainda está imaturo existe o perigo de desamparo psíquico. Se pensarmos que a criança em uma tenra infância tem como subterfúgio seu próprio corpo para lidar com as adversidades e excessos com os quais se depara devido a precariedade de seu aparelho psíquico, parece ser possível conceber então, que estes excessos que lhe provocam angústia, a conduzem ao mesmo caminho, o soma. A angústia, nestes casos, encontra como forma de representação a descarga via fenômeno asmático. Segundo Freud (1933/1972), a angústia é um estado afetivo que remete a autopreservação, o que nos leva à seguinte reflexão: se a asma é um fenômeno psicossomático e este também tem a função de preservar a vida do indivíduo, como afirma McDougall (1989/1996), a asma e conseqüentemente, a angústia, são tentativas do ser humano visando a sua preservação, ao mesmo tempo em que sinalizam que algo não anda bem.

Ao considerar a existência de uma angústia primordial, situada no processo do nascimento, Freud (1933/1972) destacou que a angústia tem efeitos característicos que repercutem sobre o coração e respiração, advindos deste momento traumático. Isto vai ao encontro do que Mannoni (1982/1986) escreve que ao nascer o bebê é privado do oxigênio oriundo da placenta e ao ter seu cordão umbilical rompido produz-se no recém-nascido a associação entre angústia e respiração. A respiração aérea, de acordo com Jerusalinsky (1984), é uma das reações vitais do organismo. Ela remete aos processos vitais básicos e será partícipe em todos os momentos de vida do indivíduo. Goldeszer e cols. (1993), também destacam a intrínseca relação entre angústia e respiração, descrevendo que as variações no ritmo e interrupções transitórias da respiração representam a influência do psiquismo no processo respiratório, sendo que estas distonias normais são uma forma de expressão de quantidades leves de angústia, sinalizando uma angústia nova que se apresenta. Retorno a Freud (1933/1972) que diz que uma dos caminhos da angústia é servir como um sinal, onde o indivíduo procuraria se adaptar a esta nova situação de perigo, utilizando mecanismos de fuga ou defesa. Estas formulações contribuem na articulação entre angústia e doença asmática.

Sobre a diferenciação entre a angústia da criança, desenvolvida anteriormente, e a angústia materna, cabe ressaltar que a angústia, conforme Freud (1933/1972), é um sinal de um perigo

iminente, provém da libido não utilizável e ocorre durante o processo do recalçamento. Ele segue dizendo que esta poderá ser substituída pela formação de um sintoma e ficar psicologicamente vinculada, sendo o ego a sede da angústia. Destas considerações fica a reflexão de que a angústia materna passará por um processo diferente do que ocorre em uma idade precoce do desenvolvimento. Provavelmente, ela tomará o caminho da vinculação psíquica, ficando então em uma esfera diferente, não se vinculando ao corpo, como na criança, e sim mentalmente. A angústia, segundo Freud (1933/1972), retroage a uma vivência anterior de perigo e somente os recalçamentos originários e primeiramente surgidos é que identificam a angústia como sinalizadora de uma situação de perigo. Devido ao fortalecimento egóico (de onde a angústia é originária), fica difícil pensar, então, que a angústia em um adulto teria uma manifestação semelhante à de uma criança em desenvolvimento. Por outro lado, caso se trate de um adulto que utiliza fenômenos psicossomáticos para responder frente às contingências da vida sentidas como insuportáveis, ou seja, que tenha um funcionamento psicossomático, este poderá responder da mesma forma que uma criança, através de manifestações psicossomáticas como na primeira infância, tal como destaca McDougall (1989/1996).

Isto é reforçado pelo que Freud (1933/1972) aponta ao falar sobre as etapas de desenvolvimento e suas angústias respectivas: os fatores anteriores de angústia deveriam desaparecer no transcorrer do desenvolvimento devido às situações de perigos correspondentes perderem relevância em decorrência do fortalecimento egóico.

3.2.4. Recordações maternas frente a sua infância precoce

Ao procurar refletir sobre a existência de uma singularidade psicossomática estabelecida na primeira infância entre a mãe e a criança asmática, a presente pesquisa toma como eixo central desta dinâmica o efeito do inconsciente materno na estruturação psíquica e somática do bebê.

Lacan (1953-1954/1986) escreve que a intersubjetividade é radical, dever ser admitida na origem humana. Sabe-se que ela é estruturante para o sujeito e sofre os efeitos de uma diversidade de variáveis, assim ocorre para os sujeitos asmáticos (condições climáticas, alérgenos, aspectos relacionais, etc.). Um ponto extremamente relevante no presente estudo diz respeito às relações humanas estarem sujeitas ao inconsciente de quem delas participa. No caso dos bebês asmáticos, sujeitas aos inconscientes materno e paterno.

Nas palavras de McDougall (1989/1996) o inconsciente materno rege a qualidade da presença da mãe nos cuidados com seu filho. Este inconsciente é estruturado a partir das condições parentais, ou seja, das condições ofertadas por seus próprios pais, que possibilitaram e eles sair ou não da ingerência materna. O inconsciente também se estrutura com a adição das vivências infantis. Esta idéia é fortalecida com o que postula Mannoni (1982/1986), a capacidade de maternalizar o bebê é inerente à forma como a mãe foi maternalizada enquanto bebê, conseqüentemente, de acordo com a cultura onde está situada.

Um dos casos que parece ilustrar bem o que escrevo é o de Fabiana. Fabiana quando pequena passou por uma situação angustiante, na época com menos de dois anos de idade. Chorou compulsivamente durante duas noites e um dia devido a um objeto encontrado em seu ânus (palito de dente). No decorrer de sua vida sempre conviveu muito com bebês, por ser a prima mais velha, e conta que ficava com as crianças somente se elas não estavam chorando, a partir do momento que começavam a chorar entregava-as as suas mães, *“criança não podia ficar comigo chorando, não tinha muito saco, com criança nenhuma, não ficava com criança nenhuma chorando no meu colo”*. Hoje em dia não consegue suportar o choro de Heitor quando ele está doente, o choro a irrita, deixa-a ansiosa e a enlouquece. Neste ponto não consegue ser continente das angústias de seu filho. É seu marido quem o conforta e, quando ele não está em casa, procura se distanciar um pouco da cena, para se acalmar e tentar, então, reconfortá-lo. Fabiana, ao contar este fato, não articulava esta dificuldade a sua experiência infantil.

Fabiana passou por situações traumatizantes, perdeu seus pais com intervalo de quarenta e oito dias e ficou com dois irmãos menores para cuidar (atualmente um deles reside com ela e o outro com uma tia, e futuramente, este também irá morar com ela). Fabiana refere ter depressão e que teve depressão pós-parto. Todavia, apesar destas perdas significativas e que *“deseestrutura”*, Fabiana recebeu de seus pais sustentação psíquica, foi bem amparada, dando-lhe condições de seguir adiante, apesar de falhas na sua estruturação simbólica.

Os outros estudos de caso, de Andressa, Ana Maria e Mariana também evidenciam a importância do inconsciente da mãe na dinâmica da diáde. Todas foram crianças asmáticas, sendo possível sentir os efeitos transgeracionais. Mariana, com sérias manifestações na vida adulta, e Andressa e Ana Maria, com expressões sintomáticas leves. Isto leva a considerar o que foi trabalhado no tópico sobre *“Os aspectos comuns nos casos estudados”*, no que se refere à *“As condições de surgimento e desenvolvimento da asma e sua manifestação para a mãe”*, a pré-

disposição hereditária e a falha na ‘pré-disposição simbólica’. Se há carência de recursos simbólicos, como ofertar o que não se tem?

O caso de Andressa parece exemplificar bem a relação entre a capacidade de a mãe maternalizar seu bebê e a qualidade dos cuidados que ela própria recebeu quando bebê. Andressa comenta que só soube o significado da palavra mãe, quando teve sua primeira filha, *“eu fui saber o que é ser mãe depois que eu tive a minha filha. Que aí eu fui saber o que é mãe porque até essa experiência eu não sabia o que era mãe. Pra mim mãe e nada, porque eu não tive mãe nenhuma, não tinha diferença pra mim, porque nunca tive mãe nenhuma, eu nunca tive. Eu tive pai. Pai eu tinha, então pra mim a figura do pai pra mim, o sentimento que eu tenho pelo meu pai era de pai e mãe, pra mim ele era meu pai e minha mãe. Então não tinha aquela mãe, a mãe”*. Outros aspectos passíveis de articulação: sua dificuldade de brincar de boneca; não consegue dizer se é uma boa mãe, (diz a pesquisadora que isto deveria ser perguntado a sua filha); dificuldade de interpretar os sinais emitidos por seu filho.

3.2.5. Outros aspectos da dinâmica entre a mãe e a criança

Dois aspectos saltaram aos olhos no decorrer deste trabalho: o sexo desejado da criança e a angústia do oitavo mês.

3.2.5.1. Sobre o sexo desejado

Chamou a atenção o fato de que em todos os casos estudados, de uma forma ou de outra, ao falarem sobre as expectativas maternas e paternas sobre a vinda de seus filhos, havia sempre algo relacionado ao sexo do bebê.

No caso de Andressa, que é mãe de um menino, conta que imaginava que estava esperando uma menina, *“ó a surpresa que eu tive, veio menino que eu achava que era uma guria, tanto é que eu conversava na minha barriga e dizia que era uma guria”*, *“eu falava minha filha, minha nenê, a minha menina”*. A minha guriuzinha chegava e tocava na minha barriga e dizia assim: *“ah, minha maninha”* (sorri). Ele mexia na minha barriga, eu dizia: *“ó, ela ta conversando contigo”*. *“Até perto do Natal nós pensava que fosse uma menina. Pra nós todos esperava uma menina só que era um menino”*. No entanto, *“quando ele nasceu me disseram que era um menino, mas todo o mundo queria um guri porque eu tenho uma guria. Então pra mim se viesse um guri o casal ficava perfeito.*

O meu pai tem só filha mulher, um neto homem também seria perfeito, mas então como ele só tem neta mulher ele também achava que fosse guria. Os meus irmão também só tem sobrinha mulher, aí então veio o guri, aí então, bah, foi bom, foi uma surpresa boa porque todo mundo esperava uma menina e acabaram ganhando um sobrinho homem, um neto homem e um filho homem. Que ele é o único neto e é o único filho e é o único sobrinho. Então pra nós foi uma surpresa, mas foi boa”.

Com Ana Maria, que teve sua filha Márcia, conta que ela não imaginava sexo, rosto, nada, pois não queria ter outro filho. Já seu marido “*ele imaginava que ela seria um menino (risos)*” e quando ele soube que era uma menina, com cinco meses começou a fazer ecografias mensais porque se expôs a uma situação de risco que a obrigou a fazer este controle sistemático, “*e... e num desses exames aí, ele viu o sexo do bebê e aí ele achou que era uma menina e ele ficou meio que decepcionado. Bem decepcionado, vamos dizer assim. Muito decepcionado! Mas, ele superou em uma semana. Daí, a Márcia nasceu, passaram-se os meses, a Márcia nasceu, mas ele nunca deixou de fazer nada pra ela porque ela é uma menina, entendeu. Aí ela nasceu, aí quando ele realmente se convenceu que ela era menina mesmo, daí ele me, ele pegou, acho que umas duas semanas de, de... só pra ele, sabe. Ele achava que, na época ele tinha outros horários, então, mas mesmo assim ele fazia questão de chegar bem tarde, às vezes ele se irritava e...*”. Entretanto, Mariano nunca admitiu que sua irritação era em decorrência de querer que tivesse nascido um filho.

Mariana, mãe de Gustavo, conta que ela e Leonardo só tinham escolhido nome para meninas, “*a gente pensava que era outra menina*”, mas quando veio um menino, “*nossa! Foi o maior realização. Porque na minha casa somos cinco mulheres ele é o único homem, agora. É diferente, é bem diferente até, é guri né, diferente, tudo é diferente. Bah, teve que mudar as roupas. O jeito de lidar assim é diferente, o jeito que ele cresce cada dia é diferente do da menina, é totalmente diferente*”. Acrescenta que “*então quando veio um menino mudou a vida de todo mundo. Mudou a vida de todo mundo*”.

Com Carolina ocorreu algo semelhante, teve o Edson, mas “*até eu fazer a ecografia eu pensava que fosse uma menina, né. Aí quando eu fiz é um menino, e aí...*” Conforme conta, seu marido “*pensava que fosse outra menina*”.

Para Fabiana, mãe de Heitor, ocorreu o seguinte. Ela achava que seria mãe de um menino, seu marido também, porém gostaria que fosse uma menina. Destaco o trecho de sua fala ao conversarem sobre as expectativas com a vinda de seu filho: “*Fabiana, eu não sei porque, qualquer sexo que vier tá bom, mas eu acho que é um menino, ele disse, eu não sei se porque eu sinto isso. Eu disse, eu também, eu sinto a mesma coisa, eu acho que é um menino. Ele disse, sabe que eu até*

queria uma menina, só que ele falou que queria uma menina, só que ele achava que era menino. Não sei porque, porque ele achava que tinha cara de pai de menino, sabe, e eu fiquei também, eu sempre tive vontade de ter, se eu tivesse, eu tivesse filho, no caso antes, né, que eu pensava que eu queria ter um menino”.

Autores como Andrade (1998) e Guir (1983/1988) escrevem a este respeito. O primeiro observa que com uma relativa frequência, a criança asmática sustenta um lugar na dinâmica do casal, e que esta pode estar relacionada ao nascimento de um filho de sexo diferente daquele esperado, o que é possível perceber em todos os casos de uma forma ou outra. Guir (1983/1988) fala sobre quatro significantes especiais que se revelam por meio do fenômeno psicossomático na história do paciente. Um deles diz respeito à observação, na prática clínica, de um significante singular: trata-se de haver existido para o sujeito uma obrigação do sexo oposto.

Esta particularidade não será desenvolvida no presente trabalho, todavia, considerou-se importante registrá-la por possibilitar, talvez, um caminho investigativo.

3.2.5.2. Sobre a angústia do oitavo mês

Este aspecto diz respeito à ausência de angústia no oitavo mês por bebês, descrita por Spitz , e também observada em jovens anoréxicos, de acordo com Kreisler (1978/1981).

No decorrer da entrevista, um dos pontos de investigação contemplados foi sobre a percepção materna frente à reação da criança na presença de estranhos, quando ela contava com oito meses de idade. Todas as mães, de uma forma ou outra, identificaram que seus filhos estranhavam a aproximação de um desconhecido.

Andressa disse que *“ah, ele estranhava muito todo mundo. Ele ficou mais agarrado comigo. Eu até lembro assim mais ou menos porque eu tenho uma revista que eu fiz um acompanhamento. E na revista dizia que entre oito, nove meses a criança começa a estranhar e se agarrar mais na mãe, mas não quer dizer que não goste da dinda e dos tios, é que tá na fase mais de grudar na mãe, né e ele acaba se agarrando mais. Então foi uma fase assim ó, que ele só queria eu mais ninguém, nem o pai dele não queria, nem... só eu. Então eu não podia sair pra lado nenhum que não fosse com ele. Eu não podia ir no banheiro que ele não tivesse me enxergando. Ele tinha que tá o tempo todo me enxergando. Não queria. Ele tem uma dinda que, a adoração dele é aquela dinda, ele troca, agora mesmo depois que passou essa fase aí, ele troca... eu ele não me quer porque a dinda dele vai chegar. Ele escutou a voz dela; deu. E nessa fase aí, até ela ele não queria. Era só comigo mesmo.*

Teve um tempo que eu tive assim que eu não agüentava mais, eu digo: eu não agüento mais esse guri, peguem esse guri, me sumam com ele por um dia inteiro, me deixem descansar”. Era tudo, tudo, tudo tinha que ser eu”.

Com Catarina este aspecto não foi investigado, pois seu filho tinha seis meses na época da entrevista.

Ana Maria conta que sua filha Márcia, nesta época *“ela, ela sempre fica séria, com aquele arzinho assim, de envergonhada, né, mas logo depois que a pessoa começa, se começar a conversar com ela, ela acaba se soltando mais ou menos, mas é só um pouquinho, que ela só se solta mesmo com alguém assim, ela conhece muito bem, se não ela fica assim bem introvertida, sabe, envergonhada, quietinha”.*

De acordo com Mariana seu filho Gustavo reagia à presença de estranhos *“e se tinha alguém diferente, alguém vinha perto dele assim diferente, ele parece que se encolhia assim, se apegava na gente assim sabe e as pessoas chamavam ele pra ir no colo e ele ficava assim, arregalava os olhos assim e se encolhia no colo da gente”.* Na época da entrevista estava com onze meses.

O único caso que destoou foi o de Heitor, porque conforme Fabiana, quando ele estava com oito meses ele *“nunca estranhou ninguém, sempre aceitava”.* Fabiana contou que seu filho no final de semana anterior à entrevista manifestou seu estranhamento com pessoas desconhecidas (na época estava com 10 meses de idade). Segundo Fabiana, *“esse final de semana nós fomos na casa de uma amiga nossa, é incrível, sabe, aí ele chegou lá, ele olhou assim todo mundo, fez um beicinho, sabe, de que ia chorar. Aí se acalmou...”* e meia hora após se sentou *“mas mesmo assim acho que foi, não foi muito, não queria muito colo dos outros, sabe. Aí de noite a gente recebeu visita, uma tia do Nestor e tudo, aí ele não, também assim, não estranhou, mas ficou meio assim, sabe, não mostrou... Normalmente ele pega e se arreganha pra qualquer um que chegar na frente dele, pra eles não, pra eles, eles, ele não assim, domingo de noite ele não mostrou muito os dentes. Enquanto ela teve lá em casa, ele nem chegou perto dela, nem perto de ninguém que teve lá, só de nós, sabe. Então são as primeiras vezes que estranhou, ele nunca tinha estranhado”.* Se pensarmos o desenvolvimento a partir da perspectiva psicanalítica, onde o que se desenvolve são as funções do sujeito e estas não estão engessadas em uma ordem cronológica, há indícios que possibilitam fazer a leitura de que Heitor pudesse estar fazendo esta evolução aos dez meses de idade, e não aos oito, como geralmente ocorre.

Kreisler (1978/1981) afirmava, então, que, contrastando com a atitude habitual dos bebês, o fenômeno de temor a estranhos não ocorreria em bebês asmáticos. A partir da análise da

pesquisadora isto não foi identificado, pois, de uma maneira ou de outra, todas identificaram comportamentos de receio a estranhos em seus filhos. O autor fala que a angústia do oitavo mês do bebê faz com que ele projete no estranho a frustração materna real, como forma de manter a possibilidade de fusão transitória com sua mãe, e em crianças asmáticas isto não aconteceria.

3.3. Considerações finais

As relações humanas sofrem o efeito de uma diversidade de variáveis, estando a intersubjetividade presente na origem humana e sujeita ao inconsciente de quem dela participa. Considerando que os filhos das mães entrevistadas se encontram em uma fase precoce de seu desenvolvimento, há o reconhecimento de que em fase tão temprana a criança se encontra propícia a sofrer mais incisivamente os reflexos decorrentes de sua relação com sua mãe. Neste período de seu desenvolvimento a mãe é para seu filho um ambiente totalizante, sua vida depende sobremaneira dos cuidados prestados por ela, cuidados estes que devem levar à insígnia de dom materno, para que a criança possa, desta forma, entrar na dimensão da linguagem. Em outras palavras, à mãe cabe realizar a ultrapassagem de cuidados básicos a cuidados simbolizantes. Isto permitirá à criança fazer os deslizamentos significantes que irão compor sua história desde seu primórdio. Sendo assim, este estudo é circunscrito ao período em que a mãe é regente do funcionamento somatopsíquico de seu filho.

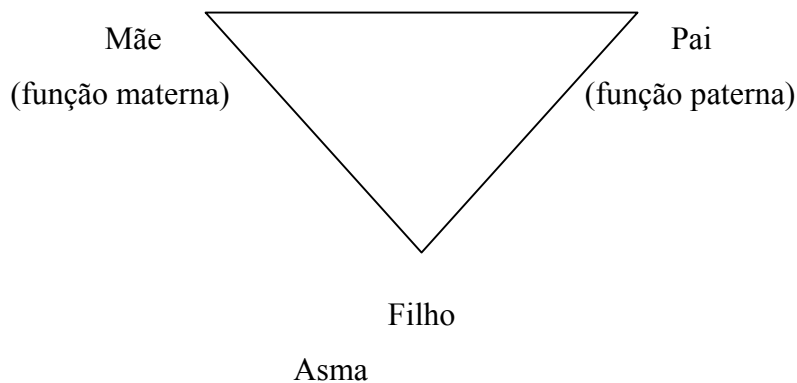
Para melhor compreender os meandros da interação materna e filho(a) asmático(a), o presente trabalho tem como eixo central a formulação: qual a dinâmica psicossomática estabelecida na primeira infância no que diz respeito à asma infantil?

Para pensar sobre esta questão parece fundamental partir do inconsciente materno, pois conforme já evidenciado, este rege a qualidade dos cuidados que a mãe irá direcionar ao seu filho, sendo fruto de seus próprios pais e suas vivências infantis. Contudo, ao destacarmos a supremacia do inconsciente materno na dinâmica psicossomática infantil, é necessário que não o tomemos pela via da culpabilidade materna, porque todos os seres humanos sofrem os efeitos de seu inconsciente sobre suas dinâmicas relacionais, que incide de forma determinante. Partindo do inconsciente materno a pesquisa bifurcou-se em caminhos que levaram, primeiro, à articulação da função materna com a função paterna, considerando dois aspectos desta função: o lugar do parceiro como pai de seus filhos e enquanto objeto de desejo materno. O segundo caminho trilhado diz respeito à angústia dos componentes da díade, mãe e criança com asma, sua dinâmica e formas de

manifestações. Sendo assim, a configuração triangular mãe, pai e criança asmática, bem como suas funções, são fundamentais na compreensão da organização psicossomática infantil. Para tanto, é necessário saber qual a lógica que norteia o casal parental. De outra forma, é importante atentar à configuração fantasmática que está em jogo no casal, o estilo da relação parental. A dinâmica do casal também é regida pelo inconsciente. Isto vai ao encontro do que a teoria psicanalítica sustenta, que os sintomas de uma criança podem desvelar a verdade do inconsciente parental, descerrando o que insiste em se manter oculto, nestes casos, através do fenômeno ‘psicoasmático’.

O caminho de onde parte este estudo para pensar a dinâmica da mãe e o bebê baseia-se no entendimento de a estrutura da maternagem também poder dar sentido às disfunções infantis em fase tão inicial do desenvolvimento. Parece possível estender esta afirmativa para os fenômenos psicossomáticos. Por que para os fenômenos psicossomáticos? Se há uma linha bastante tênue entre a psicossomática materna e a do bebê, tudo o que a mãe fizer poderá ter efeito sobre seu filho, principalmente se houver algum abalo nesta interação. Outro ponto a considerar: se o fenômeno ‘psicoasmático’, bem como os demais fenômenos psicossomáticos, ocorre no registro do auto-erotismo, o investimento libidinal é auto-orientado, tendo como destino seu próprio corpo. Além disto, o investimento auto-erótico é pautado em um período precoce do desenvolvimento, onde há uma relação especular e, portanto, dual com o Outro primordial. Acrescenta-se a isto o fato de a função materna mediar a função paterna, sendo os destinos destas, fundamentais na compreensão dos fenômenos psicossomáticos. Finalizando, a organização psicossomática remete à constituição da vida psíquica que se origina em um universo pré-simbólico, na mais tenra infância.

O que foi possível observar, a partir dos casos estudados, decorre da configuração triangular. A seguir será utilizado um recurso topográfico:



O recurso acima alude a uma organização familiar onde há a presença do fenômeno psicossomático, sendo neste estudo referido como ‘fenômeno psicoasmático’. Que questões norteiam esta lógica?

Conforme referido acima, as crianças que se encontram na primeira infância estão mais sujeitas ao âmbito do domínio materno, devido a sua precariedade constitutiva. Todavia, na análise dos casos estudados foi possível identificar, em um dos aspectos que se refere à função materna, que estas crianças se encontravam basicamente sob a ingerência materna, onde os outros espaços lhe eram pouco ofertados, ou seja, os espaços paterno, cultural e social. A função materna deve ser complementada por outros espaços, para que possa se legitimar, fazendo valer seu propósito, que é permitir à criança crescer e se lançar para o mundo de forma criativa e não meramente reprodutiva. Viabilizar o espaço materno é promover o espaço psíquico da criança. Sendo assim, é possível perceber que existem falhas na função materna, pois em alguns pontos interativos da díade, o espaço materno não está colocado, há somente corpo materno. Vários autores afirmam que as mães de crianças asmáticas são superprotetoras. Há um superinvestimento materno, aludindo a esta forma relacional como uma das particularidades etiológicas da asma infantil. A função materna, neste modelo de interação, tende a obstacularizar a autonomia e independência do sujeito, sendo a doença asmática o ponto nodal que pautará o estilo da interação. O significante asma ordenará a dinâmica familiar (todos têm histórico familiar de asma). Nos cinco casos estudados foi possível verificar que pelo menos um, no casal, identificou a asma em seu filho em um estágio precoce do desenvolvimento e remeteu a sua própria história, enlaçando-o nesta.

A função materna em alguns pontos do discurso não opera, pois a via interativa transborda, e o excesso materno, que, muitas vezes, vem com a roupagem de superproteção, inviabiliza que a falta se instale e que o simbólico venha a surgir. Nestas circunstâncias, a relação é tomada predominantemente pelo registro do real, fazendo com que a relação presença-ausência não ocorra de uma forma harmoniosa. A onipresença da mãe impede que se instaure a função materna, e, portanto, simbólica. A doença asmática demanda que a mãe se presentifique insistentemente, convocando-a neste lugar presencial. Se a criança não é ouvida no registro do desejo, ela não consegue ter eficácia psíquica, e ao ser escutada predominantemente no registro da necessidade, abre-se uma brecha para que o fenômeno ‘psicoasmático’ se instale.

Ainda sobre a função materna, depreende-se das análises realizadas que estas mães tendem a ser mais descritivas diante das manifestações de seus filhos, encontrando dificuldade de serem interpretativas, muitas vezes, até mesmo frente às manifestações corporais. Isto parece paradoxal,

pois se o corpo é a via comunicativa que mais se destaca na interação da díade, as traduções corporais também deviam ser mais facilmente versadas. Todavia, não foi isto que se identificou. Neste aspecto, um caso se destacou mais, onde a mãe tinha bastante dificuldade em interpretar os sinais enviados por seu filho. Esta mãe havia sido abandonada quando bebê aos vinte e dois dias de vida, o que parece corroborar com o que alguns teóricos da psicanálise escrevem: a forma como a mãe foi maternalizada terá efeitos na qualidade de seus cuidados enquanto mãe. Desta forma retorna a interrogação: como ofertar o que não se tem? Sendo assim, deve ser relevado que as referências simbólicas destas mães estão mal asseguradas, mal alicerçadas, o que pode diminuir sua capacidade de efetuar tão sutis discriminações advindas de seu filho. Conforme a teoria psicanalítica, isto poderá promover efeitos desorganizantes no funcionamento psicossomático de seu(s) filho(s). Fica evidente que quanto menos condições simbólicas tiverem as mães, mais graves poderão ser as expressões psicossomáticas de seus filhos. Um dentre os cinco casos estudados pareceu a pesquisadora destoar do conjunto. Neste, a mãe dispunha de mais recursos simbólicos, tendo seu filho expressões mais leves de asma, com crises bastante espaçadas.

Ao considerar os inconscientes dos integrantes da díade, é possível aludir à questão da angústia materna e da criança asmática. Em todas as mães foi possível identificar aspectos angustiantes e significativos, o que motivou reflexões referentes à diversidade de sua manifestação nos componentes desta dupla. Sobre este ponto ficam algumas considerações. Parece haver uma linha bastante tênue e simultaneamente tenaz entre a angústia materna e a angústia infantil, mas que destoam em sua manifestação. De acordo com autores como Debray (1987/1988) e Kreisler (1978/1981), a angústia materna é identificada muito freqüentemente, por exemplo, nas situações de crise asmática, diferindo substancialmente na criança, que referem não ter angústia. O presente estudo não concorda que há ausência de angústia nas crianças em crise asmática, tal como afirma Kreisler (1978/1881), e sim, que esta é a própria angústia, porém, encorpada. Já a angústia materna, diferentemente da angústia infantil, encontra, muito freqüentemente, o caminho da vinculação psíquica, seu destino é a esfera psíquica, via representação. Em outras palavras, a angústia da criança toma o corpo como via representativa, lá onde este não pôde ser libidinizado (aparelho respiratório) e que, portanto, ficou fora do âmbito da linguagem. São nestes pontos de ruptura do circuito pulsional que a asma pode advir. Ainda sobre a angústia, a partir das vivências angustiantes referidas por estas mães, considerou-se que a diferença estabelecida pela teoria freudiana, entre angústia neurótica e realística poderia subsidiar a seguinte reflexão: devido à intrínseca relação entre as angústias da dupla, identificando a angústia materna, como sendo angústia neurótica, e a

angústia da criança (tendo como uma forma de manifestação, o fenômeno ‘psicoasmático’), como angústia realística, haveria uma transmutação, fazendo com que a angústia da mãe, interna, flutuante e inconsciente, se transforme em angústia externa, vinculada a um temor frente a um determinado perigo, neste caso, perigo da manifestação da asma no filho(a), talvez em forma de crise.

O outro caminho desenvolvido neste estudo, conforme destacado anteriormente, remete à função paterna. Através da função materna, e passando, portanto, pelo inconsciente materno, é que opera a eficácia ou ineficácia do significante Nome-do-Pai. A teoria psicanalítica alicerça na função paterna a organização pulsional dos seres humanos. Entretanto, a função paterna, nesta etapa de vida, tem a mãe como intermediadora. Percebeu-se no presente estudo que a função paterna, referida ao interesse da mãe frente ao seu parceiro carece de investimento amoroso e erotizado, o que se sustenta teoricamente na dificuldade de a mãe redirecionar e dar prosseguimento a outro objeto amoroso que não seu filho. É identificado que o parceiro, nestas circunstâncias, não ocupa um lugar de destaque no investimento libidinal materno. Cabe ressaltar que, dos cinco casos estudados, aquele em que a mãe de forma clara e explícita afirma seu desinteresse pelo parceiro, identifica-se que a criança apresenta expressões asmáticas mais severas, quase chegando a óbito. Foi possível identificar, em todos os casos estudados, a existência desta carência de forma mais ou menos intensa. Por outro lado, no que se refere ao lugar do pai enquanto cuidador, observou-se uma relativa participação destes nos cuidados com os filhos, porém, mais freqüentemente, com a anuência materna. Percebe-se, nas análises realizadas, que o espaço paterno se inscreve, porém, de forma fragilizada. A lei paterna não é sabotada completamente, o que denota uma singularidade na estruturação psíquica, possibilitando à criança se engatar em uma filiação paterna, apesar de mais fragilizada. É importante ressaltar que alguns teóricos da psicanálise destacam que uma falha na função paterna institui o fenômeno psicossomático.

Este fenômeno, a asma, não é passível de simbolização. A crise de asma para a pesquisadora é compreendida como um apelo onde a linguagem, enquanto via simbólica, não se faz presente. A asma infantil também pode ser compreendida como uma forma de apelo que se restringe a um nível pré-simbólico, como um apelo instintivo, por isto se manifestando no próprio corpo, expressando que algo não anda bem e pedindo reconhecimento. O fenômeno ‘psicoasmático’ pode ser entendido como uma disfunção no aparelho respiratório devido a uma falha no aparelho psíquico infantil (provavelmente devido a sua precariedade psíquica), onde a criança não consegue transformar as excitações provenientes do corpo em representação psíquica. Ou seja, a pulsão não consegue se

tornar atuante psiquicamente. A pulsão, nestas circunstâncias, pode ser autodirigida, encontrando seu destino pulsional no aparelho respiratório. A finalidade pulsional, portanto, não desemboca como zona erógena.

A teoria freudiana, ao discorrer sobre o masoquismo, desconsiderando seus componentes eróticos, ressalta a existência de uma tendência relevante no ser humano à autodestrutividade. Salienta que há a manutenção de uma determinada pulsão destrutiva original que, quando não tem como destino o exterior do indivíduo, retorna a ele. Seria, então, um impulso autodestrutivo, impulso este que promove a destruição de sua morada orgânica. Um ponto a ser considerado é que a relação objetal está em processo, a criança se encontra predominantemente na fase auto-erótica, dificultando que a agressividade possa então ser expulsa para um objeto externo. No fenômeno ‘psicoasmático’ é possível pensar que em uma crise este impulso é paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que há a inclusão de componentes agressivos, trava-se uma luta pela vida. Outra forma de compreender é partindo do pressuposto de a agressividade ser colocada para fora através da manifestação da crise asmática, e sendo assim, serve ao propósito da manutenção da vida. Isto reforça o que esta teoria considera: há um entrelaçamento das pulsões de vida e de morte, ambas se amalgamam no processo de viver.

A criança asmática somatiza provavelmente por não conseguir fazer anteparo aos excessos que lhe são dirigidos. Quando pequena, necessita que estas barreiras sejam supridas pelos sistemas materno e paterno de pára-excitação. O processo materno de fazer barreira ao que é enviado de forma excessiva ao bebê já foi desenvolvido de diversas formas no presente trabalho, ao discorrermos, por exemplo, sobre as angústias maternas. Contudo, não podemos desconsiderar a relevância do sistema de pára-excitação paterno. Na maioria dos casos estudados foi possível observar que, em grande monta, este sistema externo não foi eficaz em fazer anteparo aos excessos maternos enviados ao filho, não conseguindo filtrar as excitações transbordantes e cumprir a função protetora. Contudo, pelo que pôde ser observado, ao falharem estes sistemas, e, os excessos não encontrando outro canal de escoamento, desembocam no corpo. Talvez isto explique por que a criança, ao crescer, tende a cessar suas manifestações asmáticas. No decorrer de seu desenvolvimento, mesmo que precariamente, ela própria consegue ter condições de se defender, pois poderá cada vez mais utilizar os recursos da linguagem que lhe estarão disponíveis.

Outro ponto a ser destacado, o corpo erógeno, que transcende o corpo biológico (subversão do corpo biológico) e coloca o ser humano no circuito pulsional, libertando, portanto, o sujeito do reino dos animais e transpondo-o para uma dimensão simbólica, situando-o na cultura. Sobre esta

distinção, é possível depreender no presente estudo que há o predomínio da ordem biológica na interação da mãe com o filho asmático, sendo uma relação fundada na exclusão de partes do corpo na relação com o Outro. Nestes casos, excluem-se, predominantemente, as vias respiratórias, que não transcendem a ordem da necessidade.

As condições climáticas sempre foram o ponto de ancoragem para as mães se situarem diante das manifestações da asma de seus filhos. A mudança de clima é o fator preponderante para as mães explicarem as crises de asma. Entretanto, podemos pensar nas condições climáticas transcendendo o conjunto de condições meteorológicas (temperatura, ventos, umidades, chuvas, etc.), e situá-las em outra esfera: nas condições climáticas na díade e no ambiente familiar. Por todos os aspectos destacados no presente estudo e que compõem o clima familiar, é possível aludir que estes pontos, da mesma forma que os comumente detectados pelas mães como desencadeadores de crise, têm papel preponderante na organização psicossomática no que diz respeito à asma infantil.

Este estudo se propôs a investigar a dinâmica existente e a mãe e criança com asma, tendo como pano de fundo a função materna. No entanto, o fato de circunscrever a doença asmática no intuito de refletir sobre a dinâmica mãe e filho com padecimento somático, não fornece subsídios suficientes para traçar uma especificidade que diga respeito somente a esta patologia. Por exemplo, a dinâmica identificada na presente pesquisa, pode ser identificada em outras doenças psicossomáticas, no que diz respeito ao período precoce do desenvolvimento? Todavia, é admissível que em outros casos de interação entre crianças asmáticas e suas mães possamos identificar os mesmos aspectos. Cabe ressaltar, contudo, que os dados desta pesquisa não são passíveis de generalizações, pois se trata de uma amostra pequena e não aleatória.

Uma forma de podermos avançar nesta questão é promovermos um estudo que tomasse em seu conjunto uma diversidade de patologias psicossomáticas na primeira infância, sustentado em acompanhamentos sistemáticos e freqüentes, mantendo as articulações com as funções materna e paterna e suas conseqüentes interações. Poder-se-ia agregar a este, outro estudo, mantendo o foco na articulação entre diversos fenômenos psicossomáticos, mas também com uma ótica nas interações transgeracionais.

Este estudo pode resultar em algumas contribuições, como, por exemplo, para o âmbito da Psicologia do Desenvolvimento, pois destaca uma área de atuação de extrema importância, a infância. O tema é relevante e possibilita o desenvolvimento de um trabalho preventivo, seja em serviços de saúde pública ou particular e instituição hospitalar, pois, ao termos ciência da

importância da fase inicial do desenvolvimento para a saúde psíquica e somática, torna-se possível atuar preventivamente. Pode também resultar em um instrumento teórico para profissionais que trabalhem com patologias psicossomáticas, mesmo com adultos, porque, como destacam os estudiosos, a compreensão da psicossomática infantil contribui para o entendimento da psicossomática do adulto e vice-versa. Desta forma, é possível servir também como um recurso para atendimentos clínicos onde prevalece no paciente um funcionamento psicossomático. Outra contribuição parece ser a de compor, junto com outros campos de conhecimento como medicina e pneumologia infantil, um corpo mais abrangente de conhecimento no que diz respeito à asma infantil, transcendendo a especificidade de cada disciplina.

Para finalizar, é importante novamente ressaltar que este estudo é circunscrito e, por conseguinte, fez recortes necessários, desde a questão de pesquisa e também abrangência teórica. Entretanto, o presente trabalho não deixa de reconhecer a importância de outros adventos desfavoráveis que podem contribuir na produção do fenômeno asmático infantil, tais como: fatores sociais, ambientais, componentes alérgicos e questões hereditárias. Porém, no intuito da pesquisadora de manter a familiaridade com sua esfera de atuação é que este trabalho tomou como direção o campo psicanalítico.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. R. (1988). Psicanálise e psicossomática. Em C. R. Abreu (Trad.), A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1983)
- Andrade, T. M. (1998). Asma – Medicina e Psicanálise. Em A. B. Teixeira (Org.), O sujeito, o real do corpo e o casal parental (pp. 18-27). Salvador, BA: Ágalma.
- Aryan, D. T. (1993). El psicoanalista y la enfermedad corporal. La manifestación somática em el processo psicoanalítico. Algunos lineamentos para su articulación conceptual. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 15 (2), 359-381.
- Aurélio, B. (1986). Dicionário da Língua Portuguesa (3ª ed.). São Paulo, SP: Ed. Nova Fronteira.
- Ávila, L. A. (1996). Doenças do corpo e doenças da alma: Investigação psicossomática e psicanalítica. São Paulo, SP: Escuta.
- Balbo, G., & Bergés, J. (1997). Em F. F. Settineri (Trad.), A criança e a psicanálise. (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1996)
- Belót-Fourcade, P. (1998). Considerações pneumáticas sobre “A grande atmosfera”. Em A. B. Teixeira (Org.), O sujeito, o real do corpo e o casal parental (pp. 38-50) . Salvador, BA: Ágalma.
- Betts, J, BA: (1992). Castração e gozo nos fenômenos psicossomáticos. Anais do Seminário de Verão da Associação Freudiana Internacional. (pp. 49-60) Olinda.
- Bleichmar, E. (s.d.). Psicoanálisis de niños. Manuscrito não publicado, Universidad Pontificia Comillas.

- Campbell, E. F. (1997). Failure in the mother-child dyad. [CD-ROM]. Mind-body problems: Psychotherapy with psychosomatic (pp. 121-131). Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item 09011-006
- Cardenas, M., & Gonzalez, E. (1999). Influencia de la depresion materna sobre el asma infantil: Transmision de una experiencia de trabajo interdisciplinario en el Hospital Pereira Rossell. [CD-ROM]. Revista-Uruguay-de-Psicoanalisis, 89 125-137. Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item 01697-010
- Chemama, R. (1995). Em F. F. Settineri (Trad.), Dicionário de psicanálise Larousse. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Coriat, E. (1997). Em J. Jerusalinsky (Trad.), Psicanálise e clínica de bebês. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Christodolou, G., & Dragonas, T. G. (1998). Role of early developmental factors in susceptibility to disease. [CD-ROM]. Handbook of psychosomatic medicine International Universities Press stress and health series, Monograph 9 (pp-191-203). Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item: 07919-010
- D' Allones, C. R. (1989). L' Étude de casi de l'illustration à la conviction. Em C. R., D' Allones, (Org.), La Démarche Clinique en Sciences Humaines; documents,, méthodes. Paris: Bordas.
- Debray, R. (1999). Os princípios das consultas e das terapias dos bebês com distúrbios somáticos. Em A., Guedeney, & S., Lebovici, (Orgs.), P. C. Ramos (Trad.), Intervenções psicoterápicas pais/bebê, (pp. 57-62). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1997)
- Debray, R. (1988). Em L. M. V. Fischer (Trad.), Bebês/Mães em revolta. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1987)

- Dejours, C. (1998). Biologia, Psicanálise e Somatização. Em M. A. A. C. , Arantes, F. C., Ferraz & R. M., Volich (Orgs.), Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica (pp. 39-49). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dolto, F. (1984). No jogo do desejo, dados viciados e cartas marcadas. Em V. Ribeiro (Trad.), No jogo do desejo. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1982)
- Fava-Vizziello, G., Zancato, P., & Donati, P. (1997). Predittivita delle categorie dell' attaccamento ad un anno e stili relazionali a sei anni. [CD-ROM]. Psichiatria-dell'Infancia-e-dell'Adolescenza, 64 (6) 667-680. Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item: 00267-003
- Fischer, G. B. (2002). A sibilância no primeiro ano de vida: primeira manifestação de asma? Manuscrito não publicado.
- Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (J. Strachey, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 7, pp. 123-252). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1972). Sobre o início do tratamento (J. Strachey, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1913)
- Freud, S. (1972). Sobre o narcisismo: uma introdução (J. Strachey, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 83-119). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1972). Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise – Conferência XXXII – Ansiedade e vida instintual (J. Strachey, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 22, pp. 103-138). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1933)

- Goldeszer, F., Gonzalez, E., Kozak, J., Menassa, M. O., Menassa, N. & Villavella, M. (1993). Medicina Psicossomática. Madrid, Espanha: Editorial Grupo Cero.
- Guir, J. (1988). Em C. R. Abreu (Trad.), A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1983)
- Guir, J. (1990). Fenômenos psicossomáticos e função paterna. Em L. Forbes (Trad.), Psicossomática e Psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1987)
- Infante, D. P. (1996). A relação médico-paciente. Em A. C. Supira, A. M. Bara, E. Marcondes, M. I. Sarto, M. Pádua & S. M. Callioli (Orgs.), Pediatria em consultoria (3ª ed. pp. 14-21). São Paulo, SP: Ed. Sarvier.
- Infante, D. P. (1997). O fenômeno psicossomático na infância: Notas a partir de um referencial lacaniano. Em F. C., Ferraz, & R. M., Volich, (Orgs.), Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, A. (1984). Psicanálise do autismo. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (1987). Falar uma criança. Escritos da criança, 1, 9-23.
- Jerusalinsky, A. (1989). Em D. M. Lichtenstein, M. Corso & F. F. Settineri (Trads.). Psicanálise e Desenvolvimento. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1988).
- Kreisler, L. (1978). A criança psicossomática. Lisboa, Portugal: Ed. Estampa. (Original publicado em 1977)
- Kreisler, L., Fain M., Soulé M. (1981). A criança e seu corpo – psicossomática da primeira infância. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores. (Original publicado em 1978)
- Lacan, J. (1985). Em M. D. Magno (Trad.), O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1954/1955).

- Lacan, J. (1986). Em B. Milan (Trad.), Os escritos técnicos de Freud (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953/1954).
- Lacan, J. (1988). Em D. M. Magno (Trad.), Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1964).
- Lerude, M. (1998). Pela felicidade das crianças ou como a terapia de criança pode algumas vezes permitir o crescimento dos pais. Em A. B. Teixeira (Org.), O sujeito, o real do corpo e o casal parental (pp. 129-141). Salvador, BA: Ágalma.
- MacFaddeb Jr., e. R., & Stevens, J.B. (1983). A History of Asthma. In Middleton Jr., E. Editor, Reed, C. Editor, & Ellis, Elliot F. Editor (Eds.), Allergy: Principles and Practice (2ª ed.). St. Louis, USA: C.V. Mosby Company. [On-line]. Disponível: <http://www.asmabrasil.com.br/historia.htm>
- Maestro, S., Muratori, F. Tosi, B., & Viglione, V. (1997). The outcome for precocious psychosomatic and behavioural disorders. [CR-ROM]. Giornale-di-Neuropsichiatria-dell'Eta-evolutiva, 17 (1) 22-33. Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item: 05177-001
- Mannoni, M. (1986). Em V. Ribeiro (Trad.), De um impossível a outro. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1982)
- Marracinni, G. (2001, Abril) A Asma [On-Line]. Disponível: http://www.ilife.com.br/newhomemat.cfm?id_materia=218&id_area=10
- Marty, P. (1993). Em P. C. Ramos (Trad.), A psicossomática do adulto. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1990)
- McDougall, J. (1996). Em P. H. B. Rondon (Trad.), Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise (2ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)

- Meyer, L. (1993). O método psicanalítico. Em M. E. Silva (Coord.), Investigação e psicanálise. São Paulo, SP: Papyrus.
- Mezan, R. (1993). Que significa pesquisa em psicanálise ? Em M. E. Silva (Coord.), Investigação e psicanálise. São Paulo, SP: Papyrus.
- Molina, S. E. (1996). O brinquedo. Manuscrito não publicado.
- Molina, S.E. (1997). O bebê na estrutura especular: o corpo e a linguagem. Escritos da criança, 3, 47- 52.
- Molina, S. E. (2001). A representação da vida e morte no laço mãe-bebê. Manuscrito não publicado.
- Molina, S. E. (2001). O bebê na diacronia e na sincronia: algumas questões. Manuscrito não publicado.
- Muratori, F. (1996). La psicoterapia breve negli spasmi respiratori affettivi del bambino: una esemplificazione clinica. [CD-ROM]. Richard-e-Piggle, 4 (3) 336-350. Abstract from: Silver Platter File: PsycINFO Item:01020-009
- Porter, R. (1992). História do corpo. Em P. Burke (Org.). A escrita da história: Novas perspectivas (2ª ed.). São Paulo, SP: UNESP.
- Prado, J. L. A. (1983). Brecha na Comunicação: Habernas, o Outro, Lacan. São Paulo, SP: Hacker Editores.
- Quinet, A. (1991). As 4 + 1 Condições de Análise. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Rañña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: Uma abordagem através da pulsão e relação objetal. Em A. B. Teixeira (Org.), Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Ranña, W. (1998). *Pediatria e Psicanálise*. Em A. B. Teixeira (Org.), Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rezende, A. M. (1993). *A investigação em psicanálise: Exegese, hermenêutica e interpretação*. Em M. E. L. Silva (Org.), Investigação e psicanálise. São Paulo, SP: Papyrus.
- Rocha, F. (1998). *Sobre impasses e mistérios do corpo na clínica psicanalítica*. Em A. B. Teixeira (Org.), Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Santacroce, M., & Carratelli, T.I. (1998). *La patologia psicosomatica in eta evolutiva: uno studio empirico sull'importanza della relazione genitore-figlio*. [CD-ROM]. Psichiatria-dell'Infancia-e-dell'Adolescenza, 65, (2) 237-242. Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item: 00271-009
- Silva, M. E. L. (1993). *Pensar em psicanálise*. Em M. E. L. Silva (Org.), Investigação e psicanálise. São Paulo: Papyrus.
- Stake, R. E. (1994). *Case Studies*. Em N. Denzin & Y., Lincoln (Orgs.), Handbook of Qualitative Research. Londres: Sage.
- Szerjer, M. & Stewart, R. (1997). Em M. N. B. Benetti (Trad.), Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1994)
- Watillon-Naveau, A. (1993). *Alice oder Schwierigkeiten der Mutter-Tochter Beziehung*. [CD-ROM]. Kinderanalyse, 1 (14) 397-410. Abstract from: SilverPlatter File: PsycINFO Item: 10852-003
- Winnicott, D. W. (1990). Em D. L. Bogomoletz (Trad.), Natureza Humana. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1988)

Winnicott, D. W. (1988). Em J. L. Camargo (Trad.), Os bebês e suas mães. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)

ANEXO A

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento

Consentimento Informado

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa realizado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Este projeto visa investigar a asma infantil na primeira infância e a dinâmica existente entre mãe e filho com doença asmática (criança de até dois anos de idade), através de entrevistas, as quais serão gravadas. Os dados serão coletados e arquivados, e após dois anos, serão destruídos.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição (HMIPV).

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo, para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização dos dados coletados nas entrevistas.

As pesquisadoras responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Psicóloga Adriana de Oliveira e a Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes, que poderão ser contatadas pelo telefone (51) 3316-5145.

Data: / /

Nome e assinatura do participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa

CEP/HMIPV – Telefone: (51) 32877358

ANEXO B

Neste anexo é feita, em um primeiro momento, uma breve revisão teórica sobre entrevistas preliminares. Posteriormente, haverá uma explanação sobre algumas especificidades da modalidade investigativa deste estudo, culminando em um “esqueleto” dos tópicos e itens que nortearão a entrevista.

Guir (1983/1988) escreve que as entrevistas preliminares são uma forma de referência simbólica para o sujeito em relação a infecção, infecção esta que, freqüentemente, o toma totalmente. O paciente, e no caso de uma doença infantil, seus cuidadores estão muito absorvidos pelas manifestações somáticas, e em relação a estas, é importante que encontre a possibilidade de um distanciamento simbólico. O referido autor insiste “que os dados exatos que necessitam ser colhidos junto ao paciente não devem ser solicitados em bloco, mas progressivamente, no decorrer das entrevistas” (p. 28). O autor ressalta a importância de conhecer com precisão o diagnóstico médico da afecção e dos diversos tratamentos realizados com o paciente. Acredita, citando o exemplo de uma pessoa que sofre de asma, que, se em outra ocasião ela apresentou eczema, sua localização poderá isoladamente, fornecer informações sobre o significante da asma..

Guir (1983/1988) fornece alguns passos que poderão subsidiar a investigação psicossomática: o nome dos medicamentos (principalmente se o paciente tem condições de escolher aqueles que lhe convém, às vezes, ele ingere significantes relacionados diretamente com a origem de sua doença), estes podem ser um índice precioso sobre a origem do fenômeno psicossomático. Há também a evocação, através de processos oníricos, de nomes desconhecidos de medicamentos com similitude a nomes próprios, podendo indicar uma trilha investigativa interessante. Outro aspecto salientado pelo autor refere-se a intolerância injustificada a medicações que porventura o paciente apresenta. Continuando o autor aponta que, no decorrer das entrevistas preliminares, deve-se solicitar ao paciente (no caso deste estudo, às mães) que dê uma explicação natural à doença. È possível neste momento emergir temas míticos diversificados como uma idéia de alimentação tóxica, de autoprodução e de uma concepção particular da doença. Guir (1983/1988) segue dizendo que “em crianças que sofrem de afecções bastante graves, as fantasias dos pais ou mesmo dos avós sobre a origem da doença são do mesmo modo indicativos,... tem valor estudar minuciosamente tudo que, dentro da história familiar e do passado somático do sujeito, constituir as premissas do fenômeno psicossomático. Os acontecimentos precedentes serão examinados com precisão (datas, alimentação, pessoas implicadas, nomes de lugares, sonhos...); a prática demonstra que,

freqüentemente antes da lesão, fenômenos bizarros tiveram lugar, por exemplo, distúrbios discretos da visão, da audição, ou ainda, no máximo, um episódio delirante” (p. 29).

Para as doenças consideradas crônicas, de acordo com Guir (1983/1988), deve-se estudar a precisão em que houve remissão e reaparecimento da afecção. Se a afecção for grave, verificar se anteriormente não houve o surgimento de outra somatização, menos grave, no corpo do sujeito. Nos fenômenos psicossomáticos é interessante investigar a família do paciente, seus antecedentes genealógicos, mesmo que parcialmente; isto permitirá situá-lo dentro do universo familiar e verificar traços identificatórios. Pode-se investigar, conforme as circunstâncias, a ocorrência de morte de familiares próximos, nomes, prenomes, data de nascimento e de morte, bem como quanto a especificação de doenças que levaram ao óbito. É possível surgir, a partir destes relatos, segredos familiares. O estudo preliminar sobre a família do paciente psicossomático deve contemplar os padrinhos e madrinhas, sendo os lapsos e esquecimentos quanto a eles bastante significativos. Deve-se também procurar informações a respeito de quem nomeou o paciente, se houveram mortes de familiares em uma tenra idade.

O autor supra citado refere que “não é de menor interesse nas entrevistas preliminares, onde se obtém resultados rápidos, até mesmo parciais, mostrar ao sujeito eu a linguagem está operando e que pode tomar distância frente à sua lesão. Tentamos em particular, observar com ele os sintomas neuróticos muitas vezes elididos, sobretudo quando estes podem ser relacionados, e um modo ou outro, com a afecção orgânica. Isto tem um efeito de distanciamento e até de esquecimento da lesão. Coloca-se assim, em evidência, o verdadeiro sofrimento do sujeito” (p. 32).

Nas palavras de Guir (1983/1988), as histórias dos pacientes esclarecem: a dinâmica e os significantes particulares deste sujeito que estão em jogo nos fenômenos psicossomáticos, bem como a localização topográfica da doença e evidenciam o papel da pulsão escópica (do olhar) em tais afecções. Em relação à dinâmica ele demonstra um desdobramento em três tempos: no primeiro há uma separação violenta de um ente querido na infância; no segundo tempo existe uma repetição na realidade desta separação ou a lembrança da mesma pelo sujeito através de um conjunto de significantes; e, em um terceiro tempo, a lesão aparece após um ano do segundo tempo. Sobre a separação ocorrida na infância, refere que esta freqüentemente se situa, justamente, no período de amamentação, quando o outro (outro materno, freqüentemente) o demanda e ele responde ao nível da necessidade, produzindo, assim, no momento da separação, uma impressão como indução significativa. Ele não percebe isto, e, quando algo externo o faz recordar esta impressão não

integrada (o primeiro traumatismo parece estar subjacente, não ter sido assumido, não foi dialetizado), o sujeito adocece.

No que se refere aos significantes especiais da história do paciente, Guir (1983/1988) enfatiza quatro tipos, que por meio dos quais o fenômeno psicossomático se revela. O primeiro diz respeito a significantes de datas e números, eles podem ser encontrados em uma cifra particular do universo familiar e estão associados a outros significantes igualmente implicados na eclosão psicossomática. Sobre este ponto, escreve que “é da cristalização destes significantes que o sujeito, em dado momento de sua história, irá sofrer... o corpo responde, num efeito de só-depois, a um agenciamento particular destes significantes” (p. 36). Outro tipo de significante se refere ao nome próprio, ou outros significantes a ele ligados, que com frequência, fazem alusão aos significantes de lugares que estão implicados no surgimento dos fenômenos. O autor cita o exemplo de manifestações alérgicas, que o nome do alérgeno, é inúmeras vezes, metafórico do nome do sujeito, e pode conter, de maneira espantosa, a designação do órgão afetado. Para o autor, nestas situações, “o sujeito parece destituído de seu nome próprio e se resigna revestindo-se de uma nova identidade corporal” (p. 37). Outro significante singular é observado, na prática clínica, trata-se de haver existido para o sujeito uma obrigação de ser do sexo oposto. E, o quarto tipo de significante, é o significante holofraseado. No decorrer das entrevistas preliminares ou da análise, o paciente, ao falar sobre a significação que dá a história de sua doença, irá situar os significantes que estão articulados com a emergência de seu processo de somatização, e isto poderá ocorrer por meio de holofrases.

Em relação a localização topográfica da doença, o autor fala da presença do mimetismo, explicando que a localização anatômica “das lesões remetem, freqüentemente, *em um encadeamento mimético ainda não resolvido*, ao corpo de um membro da família ou do cônjuge; a zona corporal, remanejada pela lesão, invoca *um outro corpo*, que apresenta do mesmo lado uma marca localizada; esta pode ser invisível, mas aprendemos com o paciente que esta parte do corpo do outro pode estar *mutilada* ou *velada*. Estes fenômenos miméticos particulares *não se dão jamais em espelho* (assim, uma lesão à direita remete a uma lesão à direita, idem à esquerda) (p. 39)”.

Para Guir (1983/1988), a inscrição psicossomática traça, portanto, no corpo do paciente, a história do corpo de um outro; “o sujeito se faz representante orgânico de uma história dos corpos da sua linhagem, em ressonância à *inscrição aberrante dos significantes de sua filiação* (p. 39)”.

Por fim, no que se refere a pulsão escópica, o autor cita o exemplo de infecções de pele, como psoríase e vitiligo, onde há uma função de logro. A mancha cutânea tem como efeito atrair e

fixar a atenção dos que o rodeiam, permitindo-lhe observar o olhar dos outros sobre si, dando-lhe “um domínio sobre a imagem do Outro (p. 41)”. O autor explica que a passagem do eczema à asma provoca uma perda ocasional desta função, o olhar deixa de ser direcionado a pele com vesículas que o eczema provoca. Acrescenta dizendo que o eczema do recém-nascido está situado no período que corresponde ao estágio do espelho (entre três e dezoito meses).

A lesão psicossomática, segundo Guir (1983/1988), é um selo familiar da história corporal, transformando sua pertinência simbólica em uma filiação quase-orgânica na linhagem familiar. O autor diz que “*às falhas da linguagem em certos pontos do discurso, o corpo responde de certo modo: a natureza e a localização destes fenômenos nos sujeitos revelam as verdadeiras estruturas elementares de parentesco no seio da família (p. 42)*”.

Em relação às entrevistas preliminares e sua investigação psicossomática, Marty (1990/1993) salienta seu objetivo; estabelecer um diagnóstico. Ela deve procurar dar conta do aspecto somático e psíquico do paciente. Deve-se ter presente que as lacunas, as insuficiências, os silêncios, as inadequações do paciente, bem como suas diversas adaptações reproduzem o aspecto de um confronto anterior do sujeito (levando-se em consideração à organização de sua personalidade, a idade do paciente) com momentos importantes ou corriqueiros de sua vida, que se desvelarão. As informações do investigador ganharão corpo através e pela relação transferencial estabelecida. Poderá buscar dados da história do paciente no que se refere aos aspectos relacionais de sua vida, o surgimento da doença, significação atribuída à afecção, suas produções associativas, seus antecedentes relativos a sua história de vida, as circunstâncias. Fazer uma investigação sistemática desde a sua origem até seu momento de vida atual, percorrer os meandros de sua história familiar, etc.

Sobre as entrevistas preliminares Quinet (1991) discorre que elas têm três funções: função sintoma, diagnóstica e transferencial. Refere-se a função sintoma, fazendo a escansão “sinto-mal”, dizendo que a analisabilidade do sintoma deve ser buscado para que se inicie um processo analítico, transformando o sintoma do qual se queixa o paciente em sintoma analítico. A queixa deve se transformar em uma demanda endereçada ao analista, passando de um estatuto de resposta para um estatuto de questão, para que assim, seja instigado a decifrá-la. Neste trabalho preliminar deverá existir um questionamento do analista a fim de “saber *a que esse sintoma está respondendo*” (p. 21), que gozo delimita. A segunda função, a função diagnóstica em psicanálise é concebida a partir da compreensão de que o diagnóstico só tem sentido se existir enquanto orientador de um processo analítico. Neste momento preliminar, a importância reside em detectar e ultrapassar a estrutura

clínica do sujeito (neurose, psicose, perversão), para chegar ao plano de tipos clínicos (histeria, obsessão). O diagnóstico deve estar correlacionado a transferência com o analista, em decorrência de que o analista é convocado a ocupar na transferência o lugar do Outro, e para isto, é fundamental que se tenha presente a modalidade de relação que o paciente estabelece com este Outro. E, finalmente, a terceira função denominada de transferencial, que permite a entrada no sujeito na análise propriamente dita, há o surgimento do sujeito sob transferência, e ele está vinculado ao saber. O paciente situa o analista no lugar de “sujeito suposto saber”. Ele supõe que o analista, *a priori*, saiba sobre sua verdade, sobre seu sofrimento.

Freud (1913/1972), ao fazer recomendações sobre o início do tratamento psicanalítico, ressalta que aceita o paciente provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas, com o propósito de avaliar se há indicação de análise. Ele chamou esta etapa de experimento preliminar, e deve ser orientada conforme as regras da análise propriamente dita, ou seja, deve-se promover que o paciente fale livremente, de forma associativa, e explicar a ele o estritamente necessário. O autor ressalta também o caráter diagnóstico desta experiência.

Em decorrência desta breve explanação sobre as entrevistas, cabe fazer uma observação. Na fundamentação sobre entrevistas iniciais, procurou-se fornecer uma diversidade de entendimentos sobre entrevistas preliminares. Desta maneira, retoma-se o esclarecimento de que as entrevistas realizadas não eram em decorrência de um pedido de análise, e sim, foram oriundas de encaminhamentos realizados da equipe do setor de asma infantil. Ao salientar que as entrevistas ocorreram em um contexto hospitalar, evidencia-se que a demanda não foi dos participantes deste estudo. Novamente é feita a ressalva que as entrevistas foram realizadas com as mães de crianças asmáticas, e não houve, portanto, a participação das crianças, que são quem padecem somaticamente.

ANEXO C

ENTREVISTA PRELIMINAR SOBRE MATERNIDADE E ASMA INFANTIL

ASMA

- Por tu achas que a asma se manifestou no teu filho? Qual a explicação que tu dás para a doença dele? Atribui a algo?
- Como a asma se manifestou pela primeira vez?
- Como lidaste com isto? E o teu marido? Como ela vem se manifestando? (frequência das crises, circunstâncias de sua manifestação)
- De que maneira procura lidar com esta situação?
- Qual é a participação do pai nos cuidados com a doença do filho de vocês?
- Seu filho possui algum outro tipo de problema de saúde? Ou já teve?
- Existe história de asma na família? (parentes, pais, avós, irmãos?)

EXPECTATIVAS

- Fale sobre as expectativas que tu e o teu marido tiveram em relação ao nascimento do filho de vocês.
- Como imaginavas teu filho? E o teu marido, como imaginava o filho de vocês?
- Após ele nascer, as expectativas coincidiram com o que imaginavas ? Ou algo te surpreendeu, foi diferente?

GRAVIDEZ

- Como foi que vivenciaste a gravidez?
- De que forma o pai de teu filho participou neste momento?
- Como era o teu momento de vida nesta época?

NASCIMENTO

- Como foi que transcorreu?
- Houve alguma intercorrência? Algum problema?

- Ao nascer, os traços eram parecidos com quem? E hoje?
- Fale sobre a escolha do nome, como foi?

MATERNAGEM

Experiência de ser mãe:

- Como está sendo para ti esta experiência de ser mãe?
- Tens sentido alguma dificuldade?
- Tu imaginavas que seria assim?
- Como te descreverias como mãe?
- Tu tens outro(s) filho(s)?

Amamentação e manipulação:

- Fale sobre como foi a amamentação de seu filho.
- E o desmame, como transcorreu?
- Fale sobre a hora do banho.
- Tiveste alguma dificuldade em segurá-lo?

Alimentação:

- Como é a alimentação de seu filho?
- Ele tem alguma dificuldade em relação à alimentação?

Controle dos esfíncteres:

- Fale sobre o controle do xixi e cocô de seu filho. Como é?

Sono:

- Como é sono dele? Agitado, tranquilo?

Comportamento:

- Existe algo no comportamento dele que te chame a atenção?
- Percebeste, em torno dos oito meses, como ele reagia à presença de estranhos?

Comunicação:

- Como é a tua comunicação com teu filho?
- Quando ele começou a se comunicar? E de que forma?
- Quais os primeiros balbucios?
- Quais as primeiras palavras?
- Existe alguma coisa na comunicação entre vocês que te chame a atenção?

Rotinas de vida diária:

- Como é o teu dia a dia com teu filho?
- Como tu lidas quando ele está chorando, com cólica ou com algum tipo de mal-estar?
- O que cabe a ti em relação aos cuidados com teu filho?
- Como ele reage a tua ausência?
- O que tu gostas de fazer com ele? Por quê?
- O que tu menos gosta de fazer com ele? Por quê?
- Existe algo que tu não gostas de fazer com ele? Por quê?
- Tu costumava brincar com ele? Quais brincadeiras e a frequência?
- Como ele reage a brincadeiras?
- Ele te convida a brincar? Como tu lidas com isto?
- Ele tem ou teve algum objeto (pano, brinquedo) que lhe era especial?
- Ele já se reconhece no espelho? Recordas a situação em que isto ocorreu e qual a idade que ele tinha?
- Com quem ele fica a maior parte do tempo?
- Tu trabalhas fora de casa?

LEMBRANÇAS DA INFÂNCIA

- Tu tens alguma lembrança de quando eras pequena como teu filho?
- Tens algum conhecimento de quando eras bebê, como eras...

PATERNAGEM

- De que forma tu vês o teu marido/companheiro como pai?
- É da maneira que tu imaginavas?

- Qual a participação dele nos cuidados diários do filho de vocês?
- Existe alguma distribuição de tarefas nos cuidados dispensados a ele?
- Ele tem o hábito de brincar com ele? Qual a frequência?
- Como seu filho reage a estas brincadeiras?

RELAÇÃO DO CASAL

- Como tu descreverias a relação de vocês?

OUTRAS:

- Houve alguma situação vivenciada por ti e/ou familiares como difícil?
- Existe alguma informação que tu consideras significativa, importante na tua experiência e que gostarias de acrescentar? (pode se referir a qualquer coisa que ocorra a ela no momento da pergunta)

Estes tópicos serviram, como dito anteriormente, para guiar as entrevistas. Sendo assim, nas entrevistas não houve, necessariamente a presença de todos estes itens. Houve o acréscimo de novas investigações, pois o direcionamento da entrevista procurou, na medida do possível, obedecer a uma lógica associativa.

