

METODOLOGIA

A questão central de nossa tese diz respeito à investigação da manifestação psicossomática na primeira infância, exemplificada por meio do distúrbio alérgico respiratório. Nossa proposta foi a de, utilizando os conceitos estabelecidos por Winnicott, buscar compreender a produção do sintoma psicossomático desde as etapas mais etapas precoces. Tomando como referência a noção winnicottiana de *ambiente materno*, cuja adaptação às necessidades do bebê é fundamental para lhe proporcionar a confiança na continuidade de existência, e garantir a integração do seu psique-soma (Winnicott, 1949b), este estudo pretendeu investigar a possibilidade de relação entre o adoecimento da criança e as falhas da mãe no fornecimento de um ambiente *ativamente adaptado*.

Para embasar nossa indagação, lembramos que no período descrito por Winnicott como a fase do *holding*, que compreende o primeiro ano de vida, o bebê evolui de um estado de *dependência absoluta*, passando pelo estado de *dependência relativa* até alcançar uma estabilidade psíquica que o permita prosseguir *rumo à independência*, na condição de que o ambiente materno lhe seja favorável. A importância crucial desse processo reside no fato de que, na medida da evolução de cada estado, ocorre a gradativa inserção da psique no soma que culmina com a conquista da unidade psicossomática pelo bebê (Winnicott, 1979 [1960]).

Como estabelecido pelo autor, a habilidade que a mãe boa comum tem para fazer uma *adaptação ativa* ao seu bebê, indispensável na adequada configuração do ambiente inicial, é uma decorrência do estado de *preocupação materna primária* (Winnicott, 1956a), que a mãe, emocionalmente saudável, desenvolve. Esse estado, que tem início logo após a concepção, ou quando já se sabe que a concepção é possível, atingindo seu ápice no período entre os meses finais da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê, permite à mãe conviver com as mudanças emocionais, físicas e fisiológicas da gestação, e a leva a transferir seu interesse para o bebê que está crescendo dentro dela. Principalmente, essa condição especial aponta para a capacidade da mãe de se

colocar no lugar do bebê, tornando-se sensível às necessidades dele e as respondendo como um ambiente ‘suficientemente bom’.

A questão norteadora que orientou o desenvolvimento desta pesquisa utilizou, do modelo de Winnicott, o conceito de *preocupação materna primária* como categoria teórica, que foi operacionalmente tratada com o foco na função de *adaptação ativa* materna, em relação a dois campos de experiência que permitem evidenciar a adaptação da mãe ao bebê nos seus primeiros meses de vida: o *contexto da gravidez e do parto* e a *amamentação*.

4.1. Descrição da pesquisa ⁸⁴

A população estudada foi constituída de mães – provenientes das classes populares e com idade entre 22 e 40 anos – e crianças, sendo estas portadoras de distúrbios respiratórios alérgicos e em tratamento no Ambulatório de Alergia do Hospital Municipal Jesus, que recebe crianças desde o primeiro ano de vida até 12 anos. Inicialmente as mães participantes foram informadas sobre as características do estudo e seus objetivos, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), o que garantiu às entrevistadas o sigilo e a privacidade das informações. Nesta ocasião lhes foi perguntado se concordavam com as anotações e que a entrevista fosse gravada.

A seguir, iniciamos a pesquisa por meio de uma entrevista semi-estruturada com as mães (Anexo 2), que foi analisada numa abordagem qualitativa de acordo com o método de *análise do conteúdo* (Bardin, 1977; Minanyo, 1994). A pesquisa constou de 20 entrevistas, com duração média de 30 minutos, que foram posteriormente transcritas e editadas para análise. Com a finalidade de manter o anonimato das mães que forneceram as informações, assim como de seus filhos, foi feita uma codificação na apresentação dos relatos colhidos.

⁸⁴ O projeto dessa pesquisa foi previamente submetido ao Centro de Estudos do Hospital Municipal Jesus, e à Comissão de Ética em Pesquisa do Departamento de Psicologia da PUC/RJ, tendo recebido parecer favorável para a sua realização.

Os comportamentos tanto da mãe quanto da criança, ocorridos durante o tempo da entrevista, foram observados, e esta estratégia também permitiu que fôssemos remetidos ao tom afetivo presente na relação mãe-filho desde o seu início. Assim, no tocante à mãe, observamos a qualidade de sua atenção para com a criança enquanto era entrevistada, a forma de comunicação e os comentários emitidos, e, no tocante à criança, observamos a qualidade do contato com a mãe e a reação às mensagens maternas.

Em uma primeira etapa realizamos um pré-teste exploratório, com o objetivo de avaliar o instrumento levando em consideração o tempo necessário para sua aplicação. A realização do pré-teste foi importante no sentido de adequar as condições da entrevista, assim como de contribuir para o refinamento do roteiro utilizado. Por não termos acesso à agenda de marcação das consultas, que é feita em um prazo mínimo de 2 meses de antecedência, não tivemos conhecimento prévio da idade dos pacientes que iriam ser atendidos, e houve uma limitação, a duas tardes na semana, na disponibilidade de uma sala para recebermos as mães em um ambiente com um mínimo de silêncio e privacidade. As consultas são realizadas na parte da tarde e, num primeiro momento, o procedimento adotado foi o de esperar a chegada da médica para que, após a consulta, esta nos apresentasse às mães que, em seguida, eram convidadas a participar da pesquisa. Quatro entrevistas foram conduzidas nessas circunstâncias, quando também foi testado um primeiro roteiro.

De modo geral as mães costumam vir de bairros distantes, inclusive de outros municípios, e preferem chegar na parte da manhã porque, embora a data da consulta já esteja previamente agendada, o atendimento é feito por ordem de chegada, o que faz permanecerem, tanto elas como as crianças, por muitas horas sem alimentação. Concluímos, então, que fazê-las esperar mais tempo não só era inconveniente como improdutivo, o que nos levou adotar a estratégia de comparecer antes da médica e estabelecer contato na sala de espera. Assim, do grupo presente em cada dia, convidamos as mães cujos filhos tinham idade mais baixa e, após esclarecermos o motivo da nossa presença e termos o assentimento, iniciamos a entrevista com as mães, enquanto às crianças foram oferecidos alguns brinquedos ou material para desenho.

4.2. Roteiro das entrevistas

Apesar de todas as crianças já terem sido diagnosticadas como sendo portadoras de distúrbio alérgico, consideramos importante iniciar o contato ouvindo da mãe, em suas próprias palavras, que dificuldade apresentada pelo filho motivou a procura pelo atendimento médico.

A entrevista, propriamente dita, foi constituída por perguntas abertas que serviram como uma introdução para abordagem de cada tema, de modo que em cada entrevista, acompanhando o relato da mãe, outras surgiram. Essas perguntas, com exceção da inicial, foram construídas a partir da categoria teórica escolhida: a *preocupação materna primária*.

O roteiro das entrevistas, então, foi assim definido:

1. Qual a dificuldade do seu filho?

Esta pergunta, feita no início da entrevista, teve a finalidade de estabelecer um *rapport* com a entrevistada, e nos revelar a idade da criança na época da primeira crise alérgica, a frequência de seus episódios, e a relação que a mãe estabelece entre a manifestação da crise na criança com algum fato em particular. Por meio das informações sobre a percepção e os sentimentos da mãe quanto à doença do filho, e sobre outras queixas que nota na criança, foi possível entrever o tom afetivo que predomina na relação.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- quando tiveram início as dificuldades respiratórias da criança;
- qual a frequência do seu surgimento;
- o que pensa sobre o problema; qual a opinião do pai da criança.
- se nota relacionamento da crise alérgica da criança com algum acontecimento em particular.

2. Como foi a gravidez?

Consideramos o contexto da gravidez desde o momento da notícia da concepção até o final da gestação, período em que a mãe desenvolve a *preocupação materna primária*. O relato materno sobre esse período pode nos fornecer informações importantes, e nos indicar a existência de falhas ambientais desde o início da vida da criança, na medida em que, ainda no útero, o feto já é capaz de ter experiências e acumular memórias corporais, existindo primórdios de um desenvolvimento emocional (Winnicott, (1978 [1949a])). A mãe que está ‘preocupada’ com seu bebê adota comportamentos para que a gestação ocorra de forma saudável, preocupando-se também com a própria alimentação, com a necessidade de repouso, evitando situações de desgaste físico e emocional.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- se a criança foi desejada pelo casal ou somente por um;
- se a criança não foi desejada; se houve tentativa de aborto;
- qual foi a reação do pai;
- os sentimentos e fantasias vividos pela mãe quando da notícia da gravidez e durante toda a gestação: o que imaginava, se pensava no bebê e se achava que ele sentia algo;
- se a mãe sentiu o feto mexer: em que período da gestação, como a mãe se sentia e em que pensava nesse momento;
- as condições de saúde física durante a gestação: risco de aborto, enjôo, cansaço, alteração de pressão, necessidade de tratamento médico, acidentes, alterações no sono e na alimentação.

3. Como foi o parto?

Segundo Winnicott (1988 [1954-1970]), o momento do nascimento ocasiona no bebê uma interrupção maciça da continuidade do ser pelas inúmeras mudanças que são experimentadas, em relação às quais, no entanto, o bebê já deve estar preparado por ter precisado reagir às *invasões* naturalmente ocorridas durante sua gestação. O autor enfatizou, por outro lado, que a capacidade do bebê lidar com o acontecimento, sem maiores danos, depende de que a mecânica do parto seja normal, isto é, que o parto não seja nem precipitado nem excessivamente prolongado. Em relação ao parto cesáreo, Winnicott entendeu

que, mesmo não trazendo transtornos físicos, é um procedimento que acarreta a privação de uma experiência natural da qual o bebê também deve participar, impulsionado pelo seu próprio estar-vivo.

Conhecer os sentimentos e fantasias da mãe em relação a esse acontecimento, e suas conseqüências ao processo fisiológico do parto normal, assim como os motivos que levaram à opção pelo parto cesáreo, podem nos indicar as condições por meio das quais a mãe favoreceu, ou prejudicou, a introdução do seu filho nos primórdios da realidade compartilhada, da qual ainda era a principal representante.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- se o parto foi a termo; normal ou cesáreo; se o trabalho de parto foi demorado;
- os sentimentos em relação à experiência;
- se ouviu o bebê chorar;
- se teve contato com o bebê logo após o parto e o que sentiu nesse momento.

4. Como foi a primeira mamada?

As condições em que ocorreu a primeira amamentação nos permitem conhecer o grau de identificação da mãe com o filho, que começou a ser construída ainda na gestação, e a capacidade pessoal mobilizada para cumprir as funções de maternagem. A importância desse acontecimento é enfatizada por Winnicott (1978 [1945]) quando discorre sobre a forma como a mãe apresenta o seio, sendo capaz de receber com tolerância e satisfação as manifestações impulsivas do bebê, de modo a tornar possível com que ambos possam mais que compartilhar a experiência, mas vivê-la juntos. A ênfase atribuída ao “viver juntos” permite entender que, no pensamento do autor, não é apenas a alimentação que está sendo considerada, mas o ato de infundir vida à experiência.

Quando a mãe, exercendo o papel de adaptação ativa, favorece esse momento de sobreposição psicológica entre ela e o filho, permite que ele experimente a *ilusão* de ter criado o objeto-seio, ao mesmo tempo objeto subjetivo e objeto externo ao *self* do ponto de vista do bebê, e essa experiência, se bem sucedida, resultará no primeiro vínculo do bebê com a realidade, mesmo que ele ainda não tenha conhecimento. Desse acontecimento Winnicott (1978 [1948])

concluiu que a provisão de um ambiente estável, porém pessoal, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, é condição para que o bebê possa vir a lidar com a realidade, passando da relação com o objeto subjetivo para o que é objetivamente percebido, através do uso da capacidade de ilusão. Em outras palavras, a capacidade que cada um tem de lidar com a realidade depende da maneira como ela é introduzida pelo ambiente.

Neste item, foram pesquisadas as seguintes questões:

- o bebê começou a mamar desde o primeiro contato;
- se houve demora, quais os motivos;
- que pensamentos e sentimentos ocorreram nesse encontro;
- o que pensou em relação ao comportamento do bebê;
- o que acha que o bebê sentiu.

5. Como foi a amamentação?

O momento da amamentação pode nos oferecer uma riqueza de informações sobre a adaptação materna ao seu bebê. Além da amamentação propriamente dita, permite conhecer a qualidade do *holding* e do *handling* (Winnicott, 1970 [1960]), e investigar se a mãe pôde evocar lembranças de sua infância para desempenhar essa tarefa.

Se a mãe se adapta ativamente, é capaz de perceber os sinais emitidos pelo bebê, indicativos do momento adequado para a amamentação, deixando-se guiar por esses sinais e não pelas necessidades dela. Por outro lado, quando a mãe não consegue se colocar no lugar do bebê, adota comportamentos que são vividos pelo filho como invasivos, tais como oferecer o seio com maior frequência do que a capacidade natural do bebê de receber alimentação; introduzir, concomitantemente à amamentação no peito, a mamadeira com leite artificial por considerar que o seu leite não é o suficiente; oferecer o seio, assim como a chupeta, com a finalidade de “acalmar” o bebê.

O momento da amamentação é, também, uma ocasião na qual a mãe tem a possibilidade de demonstrar seu amor fisicamente no ato de segurar e manejar o bebê. Se ela sentir empatia, e confiança em sua capacidade para executar as tarefas cotidianas que, além da alimentação, incluem a higiene e o simples segurar

no colo, saberá transmitir segurança e amor ao bebê que vive, nesse início, etapas cruciais para a adequada integração do seu psique-soma. Conhecer os sentimentos experimentados pela mãe durante a execução dessas tarefas, e identificar se ela foi capaz de tratar o bebê com uma pessoa e investir afetivamente nos cuidados, ao invés de realizá-los mecanicamente, também pode nos informar sobre as características do ambiente materno como foi vivido pelo bebê.

Em seu trabalho sobre o papel de espelho da mãe, Winnicott (1967) chama a atenção para as recordações que a mãe tem registradas sobre o período em que era um bebê, de forma que quando olha para o filho ela se reconhece, o que lhe permite reconhecer e atender ativamente às necessidades do seu bebê. Pesquisar as reações da mãe nesse momento inicial nos permite conhecer o seu grau de identificação com o filho, e a qualidade afetiva com que investiu o bebê.

Assim, neste item foram pesquisadas as seguintes questões:

- se houve a amamentação no peito, e por quanto tempo;
- como se sentia amamentando o bebê;
- como descreve o comportamento do bebê e o que acha que ele sentia nesse momento;
- como a mãe decidia o momento da amamentação: esperava algum sinal do bebê; obedecia a alguma recomendação de horário orientada por médico ou por outra pessoa (parente, amiga); repetia a experiência adquirida com outros filhos; dava o peito sempre que o bebê chorava;
- como reagia se o bebê adormecesse durante a amamentação;
- se tinha preocupação quanto à qualidade do leite; se introduziu mamadeira com leite artificial ou outra alimentação; se oferecia a chupeta;
- como a mãe se sentia ao segurar e manejar o corpo do bebê durante a amamentação, e em outros momentos do cotidiano; o que acha que ele sentia;
- se, quando estava amamentando, a mãe tinha alguma lembrança do tempo em que era bebê.

4.3. Considerações metodológicas

Com o objetivo de esclarecer o caminho que percorremos até a análise dos dados, obtidos na pesquisa, iniciamos apresentando algumas considerações teóricas que fundamentaram a escolha da análise de conteúdo como instrumento metodológico. Segundo Bardin (1977), através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a análise de conteúdo visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção e de recepção destas mensagens. Para a autora, essa técnica permite que o analista-pesquisador compreenda o sentido da comunicação, como se fosse o receptor comum, mas também, e principalmente, possa desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira, atingindo um sentido que se encontra em segundo plano. Assim, as mensagens podem ser tratadas pelo analista-pesquisador que, por meio de inferências⁸⁵, obtém não só conhecimentos sobre o emissor, como interpreta as características que identificou na mensagem.

Por meio dos depoimentos colhidos na entrevista, portanto, buscamos obter informações sobre a história inicial da relação de cada dupla mãe-filho, e identificar os sentimentos da mãe, experimentados desde a concepção, assim como os significados por ela atribuídos às reações percebidas no filho. Estes dados foram reunidos e, num segundo momento, submetidos à análise de seu conteúdo.

A opção pela abordagem qualitativa decorreu do nosso interesse em apreender a complexidade do fenômeno estudado, e do entendimento de que esse não se restringe a dados estatísticos. Segundo Minayo (1994), na busca qualitativa a preocupação se dirige ao aprofundamento da compreensão, o que leva a dispensar o critério numérico, e utiliza como amostra ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (Minayo, 1994, p.102). Nessa abordagem, portanto, não se busca uma única verdade, nem explicações causais ou generalizações, mas informações que possam permitir uma aproximação do indivíduo pesquisado em sua subjetividade.

⁸⁵ De acordo com Bardin, *inferência* é a operação lógica pela qual se admite uma proposição, em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (Bardin, 1977, p.39).

Consideramos a técnica de análise de conteúdo um instrumento adequado aos nossos objetivos, porque nos permite, também, uma abordagem diferencial em relação às pesquisas já conhecidas sobre os distúrbios alérgicos na primeira infância, em articulação com questões de natureza emocional. Percorrendo a literatura, encontramos em Ajuriaguerra (1976) que as pesquisas conduzidas no campo da infância, seguindo o modelo estatístico, realizadas por médicos e apoiadas na concepção de perfis da personalidade como proposta pela medicina psicossomática, chegaram à conclusão de que o tipo de mãe superprotetora é encontrado com maior frequência entre as mães de crianças com asma, quando comparadas com uma população-controle, a ponto de serem descritas como mães *asmátogênicas* (Ajuriaguerra, 1976, p.729).

As conclusões desses estudos não só obtiveram ampla divulgação no meio científico norte-americano, como também influenciaram o pensamento do médico pediatra e psicossomático francês Kreisler (1974), que menciona em seu texto as “mães superprotetoras” (1974, p.310) entre as condições etiológicas do quadro asmático. Para Winnicott (1988 [1954-1970]), no entanto, esta questão demanda uma análise mais detalhada, como afirmou:

Costuma-se afirmar que a superproteção materna predispõe à asma. Se estas pesquisas estão corretas, há algo muito importante a dizer a respeito da teoria, ou seja, que a continuidade do fator externo adverso não é necessariamente a causa original, e que a causa original pode ser ou não a superproteção materna num momento específico (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.181).

Enfatizando a importância de se considerar a dinâmica da relação mãe-filho no estudo da etiologia da patologia asmática, Winnicott (*ibid.*) assinalou:

Seja como for, para o completo entendimento da asma relacionada a um poderoso fator externo adverso, é necessário compreender o impacto, sobre a criança, do inconsciente reprimido por baixo da superproteção compulsiva da mãe. Trata-se de algo sempre variável (*ibid.*).

Acreditamos que a carência de pesquisas, que focalizem o tema sob outro viés, pode ser responsabilizada pela perpetuação desse ‘rótulo’ de superproteção que acompanha a mãe da criança asmática, ou portadora de qualquer outro distúrbio respiratório, que, inclusive, já foi assimilado culturalmente.

Em nossa prática com crianças e mães, em instituições de saúde, consideramos que a superproteção pode ser encontrada na relação da mãe com o filho quando este apresenta alguma alteração orgânica, incluindo a asma, a diabetes, a hemofilia, etc., mas na dependência de uma dinâmica particular da dupla mãe-filho, e não da patologia em foco. Ao tomarmos como deflagrador do nosso pensamento as concepções winnicottianas, particularmente a relação mãe-bebê desde as etapas mais precoces, pensamos poder contribuir para o aprofundamento do que já é conhecido sobre a manifestação psicossomática na primeira infância, investigando a realidade de quem vive essa experiência, no caso as mães e as crianças que apresentam distúrbio alérgico respiratório.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo descritas por Bardin (1977), utilizamos a *análise temática*, que, operacionalmente, pressupõe uma organização em torno de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, realizamos a organização do material, após a transcrição literal das gravações, e uma leitura “flutuante” (Bardin, 1977) das entrevistas, com o objetivo de alcançar uma familiaridade com as mensagens obtidas, levantar hipóteses provisórias e também de sistematizar idéias que pudessem auxiliar as etapas seguintes. Na fase de exploração do material, determinamos que, das 20 entrevistas realizadas, o *corpus* do nosso estudo seria constituído pelas 10 entrevistas mais ricas em termos de elementos para a nossa pesquisa, e, para fins de codificação, as mães foram identificadas de M1 a M10.

O material obtido nas entrevistas foi organizado em cinco grandes grupos de respostas que recobrem os dois campos da experiência previamente estabelecidos: o *contexto da gravidez e do parto* e a *amamentação*.

Assim, os grupos de respostas foram nomeados como:

❖ *Contexto da gravidez e do parto*

- ❖ *Receptividade à gravidez;*
- ❖ *Ambiente materno durante a gravidez;*
- ❖ *Experiência do parto.*

❖ Amamentação

- ❖ *Sentimentos frente às reações do bebê na primeira mamada;*
- ❖ *Padrão estabelecido nas mamadas seguintes.*

Procedemos, então, à análise das entrevistas, denominada por Bardin (1977) de tratamento dos dados. Antes, porém, consideramos importante a apresentação do perfil de cada par mãe-filho, de modo a favorecer o entendimento das relações estabelecidas, a partir da pesquisa, entre a qualidade do ambiente materno e a manifestação psicossomática da criança.

A primeira mãe selecionada para fazer parte do *corpus* do estudo é A., que na análise das entrevistas será identificada como M1, de 34 anos, mãe de W., com 4 anos na época da entrevista. É solteira e W. é seu único filho. W. é portador de rinite alérgica, e alergia ao leite de vaca.

Segundo A., o filho apresenta reações alérgicas desde que nasceu. O distúrbio respiratório de W. ocorre com a mudança do tempo, e às vezes fica de 2 a 4 meses sem apresentar crise, mas esta pode ocorrer de repente, “da noite para o dia”. A. acredita que por morarem em Arraial do Cabo, onde venta muito, o filho ainda não tenha se acostumado.

A segunda mãe selecionada é A.K., que será identificada como M2, de 38 anos, mãe de A., com 7 meses na época da entrevista. É casada e tem outra filha, com 7 anos. É a primeira consulta de A. com médico alergista, motivada por um ‘resfriado’ que já dura há 2 meses sem melhora, tendo sido encaminhada pelo pediatra do Posto de Saúde que diagnosticou o problema como de natureza alérgica.

Segundo A.K., a família do marido é ‘toda alérgica’. Sua filha de 7 anos é também portadora de distúrbios alérgicos, no momento se manifestando por meio de dermatite atópica, e já teve bronquite, distúrbios que o pediatra diagnosticou com de origem emocional.

A terceira mãe selecionada é N., que será identificada como M3, de 40 anos, mãe de P., com 4 anos na época da entrevista. Vive com o pai de P., com quem tem uma filha mais velha, e tem mais dois filhos de uma união anterior que não moram em sua companhia. P. é portador de rinite e asma alérgicas.

Segundo N., seu filho P. apresenta dificuldades respiratórias desde que nasceu, e já precisou ficar internado várias vezes, sendo a primeira aos 3 meses. As crises asmáticas de P. são frequentes, com intervalo aproximado de 2 meses entre elas, mesmo tomando remédio.

A quarta mãe selecionada é V., que será identificada como M4, de 37 anos, mãe de T., com 1 ano e 9 meses na época da entrevista. É solteira e T. é sua única filha. V. viveu com o pai de T. por dez anos, e nesse período teve uma ‘gravidez psicológica’, porém se separaram quando a filha estava com 3 meses de nascida. Antes dessa união, quando tinha 17 anos, V. teve a primeira gravidez, que resultou em um filho natimorto. T. é portadora de rinite e asma alérgicas.

Segundo V., as primeiras manifestações de distúrbio respiratório de T. ocorreram aos 3 meses, e a filha já precisou ser internada com pneumonia. Desde essa época, T. apresenta tosse constante, que piora à noite, coriza e cansaço. Na opinião de V., a alergia da filha é ‘normal’, já que tem bronquite desde pequena e o pai da menina também.

A quinta mãe selecionada é A., que será identificada como M5, de 38 anos, mãe de G., com 7 anos na época da entrevista. A. vive com o pai de G., com quem tem outra filha mais velha. Segundo o comentário de A., os 5 primeiros meses de gravidez de G. foram muito tumultuados por brigas entre ela e o companheiro. G. é portadora de asma alérgica.

A. relatou que sua filha G. apresenta crise respiratória com a mudança do tempo, já tendo precisado ser internada aos 4 anos, e a trata com remédio receitado pelo médico mas também com ‘chá caseiro’.

A sexta mãe selecionada é L., que será identificada como M6, de 25 anos, mãe de C., com 4 anos na época da entrevista. L. comentou que namorava o pai de C. quando engravidou, e ele se afastou sem assumir a paternidade. Vive com um companheiro, com quem tem outra filha, desde que C. tinha 10 meses, mas não comentou com C. que ele não era o seu pai. C. é portadora de asma alérgica.

L. relatou que C. apresenta problemas respiratórios desde bebê, manifestados por meio de tosse acentuada que se agrava com a mudança do tempo, quando chega a vomitar. L. já levou a filha a diferentes serviços de emergência de hospital público, e a um médico particular, sem respostas significativas aos tratamentos, até que foi dado o diagnóstico de alergia e feito encaminhamento para o ambulatório especializado.

A sétima mãe selecionada é L., que será identificada como M7, com 31 anos, mãe de T., com 3 anos na época da entrevista. É casada e tem outra filha mais velha. T. é portadora de rinite alérgica.

L. relatou que desde recém-nascida T. começou a apresentar distúrbios respiratórios, além de ‘manchas no corpo que coçam’ [eczema]. Segundo L., nas duas vezes em que ficou grávida teve depressão, que justificou pelo fato de sentir falta de sua mãe que mora no Nordeste. Na gravidez da T. chegou a procurar atendimento psicológico, mas não deu prosseguimento porque não sentiu melhoras.

A oitava mãe selecionada é T., que será identificada como M8, com 22 anos, mãe de P.A., com 3 anos na época da entrevista. É casada e P.A. é seu único filho. P.A. é portador de asma alérgica.

T. relatou que P.A. começou a ter distúrbios respiratórios aos 7 meses, chegando a ter de 3 a 4 crises por mês. Por causa das crises, P.A. teve que ficar internado em serviço de emergência de hospital público várias vezes. Apesar de já ter tomado vacina antialérgica, P.A. ainda apresenta episódios de dificuldade

respiratória mensais, que T. trata, em casa, com remédio e nebulização. Segundo T., as crises respiratórias de P.A. só ocorrem quando está em casa, nunca tendo se manifestado quando ele está na creche, que frequenta diariamente.

A nona mãe selecionada é N., que será identificada como M9, com 27 anos, mãe de D., com 3 anos na época da entrevista. É casada e D. é seu único filho. D. é portador de rinite alérgica.

Segundo N., a dificuldade do filho começou na época do desmame, com 1 ano e 7 meses, quando passou a ter crises respiratórias frequentes, apresentando também tosse sistemática, de início súbito, que o leva a vomitar. Por causa do problema respiratório, D. já teve pneumonia 3 vezes, e está em tratamento com vacina antialérgica, mas ainda não obteve melhora. N. descreve o filho como uma criança nervosa e agitada, mas admite que também é nervosa e isso o influencia.

A décima mãe selecionada é M., que será identificada como M10, com 39 anos, mãe de N., com 6 anos na época da entrevista. M. mora com o pai da N., que é sua única filha. N. é portadora de bronquite alérgica.

Segundo relato de M., sua filha apresenta crises respiratórias frequentes desde mais ou menos 15 dias de nascida, necessitando receber atendimento em hospital de emergência. Desde essa época, N. faz tratamento ambulatorial e toma remédio, mas já precisou ficar internada 2 vezes, sendo que, em uma das vezes, M. ouviu do médico que N. corria o risco de uma parada respiratória. De acordo com M., a médica homeopata do hospital afirmou que o problema de sua filha é de origem emocional.

4.4. Análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas em relação a cada campo de experiência, visando identificar, a partir dos relatos colhidos, a qualidade da adaptação materna. Embora as entrevistas tenham sido alvo de análise em sua integralidade, para que a leitura não ficasse exaustiva privilegiamos recortar, e reproduzir, apenas as falas das mães consideradas mais significativas em relação ao tema estudado. Assim, o roteiro de apresentação obedece aos campos de experiência. As passagens em *itálico*, no texto, correspondem à transcrição literal da fala das mães.

❖ *Contexto da gravidez e do parto*

❖ *Receptividade à gravidez*

De acordo com os relatos colhidos, excetuando-se apenas a M4, a gravidez não foi um acontecimento conscientemente desejado nem aceito pelas mães entrevistadas. Para metade das mães do grupo selecionado, trata-se do primeiro filho. Em comum entre essas mães, as palavras utilizadas para descrever como foi recebida a notícia da gravidez nos revelaram, predominantemente, a presença de sentimentos desfavoráveis, provocando reações negativas.

Para a M1, a gravidez ocorreu de modo inesperado e foi rejeitada de forma explícita. Por estar tomando pílula anticoncepcional e continuar menstruando, só ficou sabendo que estava grávida aos 4 meses de gestação. Em seu relato, M1 comentou que atribuiu as dores nas costas que sentia a uma crise de rins, chegando a iniciar tratamento, quando, após um exame, o médico lhe deu a notícia.

Pra mim o mundo desabou...não queria a gravidez...não me imaginava com filho...nunca quis ter filho. Não tava esperando...já tomava esse remédio há muitos anos e nunca aconteceu nada, inclusive com outros namorados...tenho certeza que não esqueci (M1).

Apesar da M1 ter afirmado que “nunca quis ter filhos”, o fato do namorado a ter abandonado, fazendo com que se sentisse desamparada, também contribuiu para a sua reação. Morando sozinha, e trabalhando como doméstica para se sustentar, M1 pensou em recorrer ao aborto, mas desistiu quando visitou a família e teve oferecimento de ajuda, o que, por outro lado, não impediu que a gestação fosse vivida de forma atribulada, provocando perturbações na alimentação e no sono, que culminaram em uma vivência emocionalmente alterada no momento do parto.

Para a M2, apesar de não poder ser descrita como inesperada já que usava pílula anticoncepcional de forma irregular, a gravidez foi recebida com desagrado.

Foi horrível...não queria de jeito nenhum...chorei...eu tomava pílula...mas tomava hoje, no outro dia não tomava...esquecia...foi culpa minha, mas a gravidez não foi aceita...foi difícil...eu nem lembrava que tava grávida de tanta rejeição...como eu não desejava eu nem ligava...eu levei a gravidez dela sem querer...até ela nascer eu não aceitei mesmo (M2).

Em seu relato, M2 comentou que também não quis a primeira gravidez, e que esta só aconteceu porque a médica recomendou que suspendesse a pílula, já que estava lhe fazendo mal, com a informação de que nos 6 meses seguintes não engravidaria, porém quando voltou à consulta já estava grávida há 3 meses. M2 comentou que essa primeira gravidez foi ‘problemática’, já que teve sangramentos e risco de aborto, precisando tomar remédio para ‘segurar’ até o parto, aos 8 meses. Admite que quis fazer ligadura das trompas, e que quando soube que estava grávida novamente sentiu medo que o mesmo problema acontecesse. Por outro lado, M2 descreve a gravidez de A. como tendo sido ‘uma beleza’, apesar do enjôo e pressão alta, e demonstra contradição ao afirmar *a primeira eu aceitei bem, mas a A. tá difícil*.

A receptividade à gravidez também foi negativa para M3 e M6, que pensaram em abortar. A M3, que já tinha abortado duas vezes antes, e só não fez novamente porque o pai da criança não concordou, reagiu com apreensão:

Foi um pouco agitada porque já tinha um outro pequeno...aí sem querer fiquei grávida dele...entrei em

pânico...fiquei nervosa, querendo tirar...não tomava 'remédio' porque dava de mamar no peito (M3).

Em seu relato, a M3 mostrou-se contraditória ao afirmar que não estava tomando pílula, na época, por estar amamentando o outro filho, com 1 ano e 10 meses, e acreditar que durante a amamentação a relação sexual não provoca gravidez, para, em seguida, comentar que usava outros métodos para controle da natalidade porque *só de ver o 'remédio' [pílula] embrulhava o estômago*. Ao mesmo tempo, M3 admitiu que sua reação à pílula era '*psicológica*', porque não sente nenhuma reação ao remédio que toma para 'glicose' [diabetes].

Para a M6 a gravidez foi mal recebida por ter decorrido da sua primeira relação sexual, com o primeiro namorado, que, por sua vez, a abandonou e a fez se sentir desamparada já que toda sua família morava no Nordeste.

Foi péssima...tava namorando... não usava nada...ele não quis saber...uma hora pensava de tirar...outra hora pensava de dar...tinha 19 anos...tava há 6 meses no Rio (M6).

Apesar de não ter recorrido ao aborto, M6 revelou que se sentia muito nervosa durante toda a gravidez, chorando muito, experiência que repercutiu no momento do parto e também na amamentação.

A maneira incorreta de usar a pílula anticoncepcional, provocando, em consequência, a gravidez, surgiu frequentemente nos relatos, nos permitindo entender que, subjacente ao 'erro', predominou um conflito em relação ao desejo pela maternidade. No relato da M7 esse nexos ficou evidente quando afirmou que não estava esperando a gravidez, mas tinha consciência da possibilidade que ocorresse já que 'esqueceu' de tomar o primeiro comprimido da cartela e, apesar de tomar os demais, comentou que *já sabia que estava grávida*.

Foi muito agitada...eu tava muito nervosa na época...entrei em depressão...eu chorava muito durante a gravidez...não tava esperando não... fiquei chateada porque não queria (M7).

Também a M5 nos relata um ‘esquecimento’ para justificar a gravidez.

Fiquei desanimada...eu achei que não devia ter ficado grávida...tava amamentando a mais velha e trabalhava muito...acabei esquecendo de tomar o comprimido...um dia tomava de manhã, no outro tomava de noite...ficava tudo descontrolado...tinha dia que eu não tomava (M5).

Percebemos, na fala da M5, que a gravidez ‘indesejada’ aponta para uma intenção dirigida ao companheiro, a quem acusou de traí-la na época. Acompanhando seu relato, concluímos que a M5 utilizou a gravidez para conquistar novamente o companheiro que, embora não tivesse demonstrado satisfação a princípio, acabou aceitando e, quando ela estava no 5º mês de gestação, não só parou de frequentar ‘farra’, como passou a acompanhá-la nas consultas que, inclusive, pagava particularmente.

O sentimento de ambivalência em relação à maternidade se revelou no relato da M8 e da M9, ambas mãe pela primeira vez. Ao ser indagada sobre como recebera a notícia da gravidez, M8 nos respondeu: *foi uma gravidez planejada...desde nova eu planejei ele*, para, em seguida, continuar a frase dizendo: *era o pai que queria, aí eu peguei e falei: então tá bom*. As palavras da M9 nos levam à mesma conclusão.

(...) eu me casei mas eu não planejava filho...com dois anos e meio aconteceu, nós não planejamos...tomava remédio mas parei porque quis...tava com vontade de ter filho, mas pensei que ainda ia demorar...fiquei aborrecida...por um lado eu queira, por outro tinha medo, muito medo (M9).

Para a M10, embora a gravidez pudesse ser de certa maneira esperada, na medida em que tinha uma vida sexual ativa sem proteção, sua reação inicial foi de desagrado.

Foi atribulada...quando eu conheci o pai dela, a gente não usava nada...o comprimido causava dor na nuca, no estômago...já tinha tomado vários comprimidos antes...um me deu hemorragia...tabela não é muito o meu forte porque eu sou muito esquecida...eu pedia pra ele usar camisinha mas ele não aceitava...é nordestino, assim bem!...quando descobriu que eu estava grávida, ele não

quis aceitar...disse que nunca tinha engravidado uma mulher...quis dar dinheiro pra eu tirar...aí começou o trauma (M10).

As reações orgânicas decorrentes do uso de pílula anticoncepcional, como relatadas pela mãe M10, podem ser interpretadas, à luz da teoria psicanalítica, como uma expressão inconsciente do desejo de engravidar. Ao mesmo tempo, nos pareceu significativo o sentimento de insatisfação que muitas, entre as mulheres entrevistadas, nos transmitiram, por serem, sozinhas, responsáveis pelo controle da natalidade, já que os companheiros não se mostram preocupados e a elas delegam toda a responsabilidade. Entendemos, também, que a falta de orientação adequada contribuiu para que algumas dessas mães engravidassem sem o querer no momento, já que, do ponto de vista biológico, é possível à mulher que está amamentando não engravidar, por um mecanismo do próprio organismo, mas apenas por um ou dois meses, e com variação entre as mulheres, e não por 1 ano e 10 meses como acreditou a M3.

Do grupo de entrevistadas, a única mãe que admitiu ter aceitado a gravidez foi a M4, ainda que só tenha ‘descoberto’ que estava grávida aos 8 meses de gestação. Tal aceitação poderia ser relacionada com sua fantasia de não ser mais capaz de gerar, como afirmou na entrevista, já que teve um filho natimorto e uma “gravidez psicológica”. Ao mesmo tempo, concluímos que a realização do desejo de ser mãe a preencheu tão integralmente, que não sobrou investimento para o companheiro, com quem viveu por 10 anos antes do nascimento da filha, e de quem se separou quando a menina tinha 3 meses de nascida, além de ter interferido na capacidade de se adaptar às necessidades do bebê, como ficou explícito em seu relato sobre o manejo e a amamentação.

Ao considerarmos a receptividade à gravidez como significativo do modo como a mãe vai, desde o início, investir afetivamente o seu bebê, e entrar no estado de *preocupação materna primária*, concluímos que esse momento se revelou adverso para a quase totalidade das mães entrevistadas. Entendemos que, de acordo com os relatos colhidos, as mães encontraram dificuldades para vivenciar essa condição especial, como proposta por Winnicott, por razões de sua própria subjetividade e realidade particular de vida. Por outro lado, se admitirmos que a receptividade negativa frente ao anúncio da gravidez é o prenúncio de uma

gestação atribulada, como foi constado com frequência, podemos pensar que, do ponto de vista do bebê, no lugar de uma adaptação ativa e sensível, o primeiro ambiente materno tenha sido vivido por ele como *invasivo*, provocando a necessidade de reações prejudiciais ao seu desenvolvimento.

Ao mesmo tempo, como nos revela Winnicott (1979 [1960]), existem variações na qualidade da mudança de orientação da mãe para com o seu bebê que não constituem anormalidade. Para o autor, “o que constitui anormalidade é o grau de distorção” (Winnicott, (1979 [1960]), p.52), como pretendemos investigar analisando as demais categorias.

❖ *Ambiente materno durante a gravidez*

Com esse enunciado estamos considerando as reações físicas e emocionais, vividas durante a gravidez, partindo do princípio que se trata de uma única dimensão a ser investigada, e que distúrbios funcionais do organismo, na ausência de doenças pré-existentes, também são indicativos do vivido emocional.

A rejeição à gravidez se manifestou de diversas formas, e todas as mães entrevistadas, ainda que em graus diferentes, tiveram alguma perturbação física, como alterações no sono, distúrbios de pressão arterial e enjôos, nos sugerindo que o corpo foi utilizado como o lugar para manifestação do mal-estar emocional. Nesse sentido, as palavras da M2 podem exemplificar como a alteração orgânica foi experimentada, pela própria mãe, como uma reação à gravidez indesejada: *tive muito enjôo...vomitava até ela nascer...porque eu não queria...aquilo não fazia parte de mim.*

As perturbações na alimentação foram bastante comuns nos relatos, nos permitindo admitir que a recusa à gravidez se traduziu na recusa em alimentar o filho que estava sendo gerado. Ao mesmo tempo, alguns relatos nos sugeriram uma fantasia de autopunição, como percebemos nas palavras da M5: *meu estômago doía porque eu não comia...só tomava água de coco*, ou da M3, para quem a existência de mais um filho parece ter ‘azedado’ a sua vida.

Enjoava de tudo...vomitava o dia inteiro...não dava pra comer.. aí eu inventava...bastante coisa azeda, laranja azeda, manga verde...enjoava comida (M3).

As distorções na alimentação atingiram um nível significativo em duas mães, provocando consequências para o feto. A M1, que admitiu uma intensa repercussão negativa desde que soube que estava grávida, relatou:

(...) não tinha vontade de comer nada...tive anemia e fiquei um mês internada porque não me alimentava...só tomava 'guaravita'...então a criança não tava ganhando peso (M1).

A M10, que comentou ter sentido muito enjoô, inclusive do próprio companheiro de quem *não podia nem ouvir a voz*, e que trabalhava como cozinheira doméstica na época, disse:

(...) eu não comia nada...só bobeira...cachorro-quente, coxinha...foi quando o médico descobriu que ela tava com problema, tava com baixo peso demais da conta...não suportava nem a comida que eu cozinhava (M10).

A M8 manifestou de maneira acentuada, por meio de transtornos no funcionamento do organismo durante toda a gestação, sua dúvida em relação à capacidade de ser mãe.

Foi de risco...tive muitos sangramentos e precisei ficar internada para segurar ele...minha gravidez toda foi isso, eu indo pra maternidade por causa dos sangramentos e risco de aborto (...) o médico disse que ele entrou em trabalho de parto com 6 meses...era muito arriscado ele nascer com 6 meses porque podia não sobreviver, então fiquei internada 3 dias pra segurar ele. Fiz pré-natal no Posto e a médica nunca falou nada...não teve explicações (M8).

Apesar de ter 20 anos na época da gravidez, a M8 procurou justificar o transtorno dizendo:

(...) por eu ser muito nova...adolescente...achei que fosse devido a isso...toda adolescente tem problema na gravidez...acho que devo ter útero muito raso por não estar sustentando ele...com seis meses ocorreu dele querer

vir ao mundo...eu imaginei isso...algum probleminha de adolescente (M8).

Seu relato confirma o sentimento de ambivalência que identificamos quando frente à notícia da gravidez, em função do qual só pôde admitir seu desejo pela maternidade a partir do pedido feito pelo marido, ao mesmo tempo em que procurou minimizar a dificuldade, nomeando-a como um *probleminha*.

Para a M9, a ambivalência entre o desejo pela maternidade e o medo em poder realizá-lo, que evidenciou quando soube que estava grávida, provocou transtornos que quase impediram que a gravidez chegasse ao fim, já que teve descolamento de placenta com 2 meses de gestação. Consideramos importante registrar que, durante a entrevista, a M9 se revelou uma pessoa muito ansiosa, chegando a chorar quando mencionou sua revolta com a doença do filho, comentando: *mudou a minha vida porque eu fiquei deprimida, impotente*. Ao mesmo tempo, mostrou-se capaz de perceber a interferência do seu estado emocional no comportamento ‘*nervoso*’ do filho. Quando indagada sobre lembranças de sua infância, M9 relatou:

Eu tinha muito medo...a minha vida foi marcada por medo...eu tinha sonhos terríveis, pesadelos...tinha medo de ir no banheiro de noite...minha mãe me levou ao neurologista...eu tomei calmantes, mas não tava agüentando tomar calmantes (M9).

O sentimento permanente de medo que acompanhou a vida da M9, e que pontuou todo seu depoimento, também esteve presente durante a gravidez, como descreveu:

Tive muita preocupação durante a gravidez...tinha medo do neném nascer com algum problema....tinha pensamentos horríveis...imaginava que ele ia morrer no parto...podia nascer sem braço, sem mão...com síndrome de Down...imaginava que podia nascer cego ou surdo...quando tinha que pegar algum exame, como o teste de HIV, pensei que podia ter alguma coisa comigo (M9).

As fantasias vividas pela M9 nos permitem identificar a presença de um mecanismo de projeção, sobre o filho que gerava, das ameaças que povoam seu próprio mundo interno, e que trouxeram complicações também ao momento do parto.

Em relação à experiência de sentir, e significar, os movimentos do feto, que numa gravidez normal começam a ocorrer por volta do 4º ou 5º mês, consideramos que, de acordo com o conceito winnicottiano de *preocupação materna primária*, quando a mãe está identificada com seu filho, sentindo-se disponível para lhe fornecer um ambiente adaptado às suas necessidades, esses movimentos são experimentados com satisfação já que reafirmam a presença viva da criança em gestação. Assim, entendemos que as palavras da M1 ao dizer: *ele mexia muito na barriga...incomodava muito...não sei se era porque eu fiquei muito estressada com a gravidez...não aceitava*, podem nos indicar o quanto essa mãe reagiu com desprazer à existência do seu filho e, conseqüentemente, como o ambiente materno inicial foi marcado pelo desencontro nessa dupla mãe-filho.

A M3, quando indagada sobre sua percepção a respeito da experiência vivida pelo filho em gestação, respondeu: *não dava nem tempo pra pensar nisso...eu não tava muito...assim...pra aquela gravidez (...) ele quase não mexia...até achei que era menina...dizem que menina só treme*. Percebemos que o sentimento de rejeição, manifestado não só nas palavras, mas também pela entonação de voz empregada por essa mãe, pôde se explicitar também quando fez referência às mudanças ocorridas em seu corpo durante a gravidez:

Me dava uma fadiga de olhar aquela barriga...parecia que não ia sair nunca aquela barriga...eu queria ver meu pé, não dava pra ver...eu sonho ainda que tô grávida...acordo quase morrendo (M3).

Outra forma de manifestar a ambivalência em relação à gravidez pôde ser revelada pelas mães que utilizaram o mecanismo de negação, para evitar a confrontação com a realidade presente, não percebendo os movimentos do feto, o que também aponta para a existência de falhas na adaptação do ambiente materno. Essa conclusão foi sugerida pelas palavras da M5: *ela não mexia não...muito pouquinho...eu até achei que ela era doente*, assim como da M7: *ela mexeu tarde...assim com 7 meses...mexia pouco*.

A desconfiança de que sua apreensão pela gravidez indesejada era sentida pela filha em gestação foi relatada pela M6 que, além de ter sentido enjôos em excesso, admitiu que chorava muito: *quando eu tava nervosa, e chorava, ela mexia mais...minha irmã falava que tudo o que a mãe sente o neném também sente.*

O relato da M4 nos chamou a atenção pela aparente incoerência em sua descrição da experiência:

Não senti o bebê mexer...da [gravidez] psicológica achava que tinha uma criança mexendo dentro de mim, e dessa vez eu não senti...ela se alojou muito lá pra trás...se escondeu muito...como eu tava engordando muito, quis fazer dieta...quando tava com fome sentia uma tremidinha na barriga, mas não liguei...achei que era gases...devia ser a “mãe do corpo” ainda procurando o neném que eu tive (M4).

Em seu modo de pensar, a M4 justificou a não percepção da gravidez pelo fato de ter passado alguns anos sem tomar anticoncepcional e, apesar de manter uma vida sexual ativa, não conseguir engravidar. Anterior a esse período, M4 teve uma infecção nas trompas que necessitou de cirurgia, ocasião em que o médico teria dito que talvez não pudesse mais ter filhos, e essa informação, associada à experiência traumática do filho natimorto, produziu uma reação que descreveu como:

(...) daquela data eu parei de tomar o remédio pra ver se engravidava logo ... tive a [gravidez] psicológica ... aquela ansiedade... até 6 meses eu achei que tava grávida...sentia enjôo...muito sono...achava que tinha alguma coisa mexendo na minha barriga...achava que a barriga tava enorme...eu queria porque queria tá grávida, então botei na minha cabeça que tava grávida...fiquei muitos anos sem tomar remédio e não engravidava...aí eu pensei: então eu não engravido (...) quando eu descobri que estava grávida realmente eu já estava com quase 8 meses de gestação...não deu tempo nem de fazer pré-natal (M4).

Apesar desse início conturbado, poderíamos concluir que a M4, em seu intenso desejo pela maternidade, estaria em condições para desenvolver a *preocupação materna primária*, atendendo seu filho de maneira ‘suficientemente

boa'. No entanto, como verificamos, seu relato no item referente à amamentação não confirmou essa hipótese.

Como constatamos nos relatos colhidos, a qualidade da experiência emocional vivida pelas mães, durante a gravidez, foi indicativa da predominância de sentimentos negativos. As palavras utilizadas para descrever esses sentimentos, como “estressada”, “nervosa”, “deprimida”, “agitada”, entre outras, nos falam de uma experiência desfavorável que, como consequência, pode nos indicar deficiências na qualidade do ambiente-útero como o feto o vivenciou.

❖ *Experiência do parto*

Para avaliarmos as consequências, para a criança, da experiência advinda do parto, recorremos ao texto de Winnicott (1978 [1949a]) onde foi focalizada a diferenciação entre a *experiência do nascimento* e o *trauma do nascimento*. Reportando-se ao estudo de Freud (1926), Winnicott admitiu que, no nascimento normal, como o bebê já está preparado para alguma experiência de invasão ambiental, e para a conseqüente perda da continuidade de existência que acarreta, as mudanças produzidas pelo nascimento são suportáveis, e não deixam maiores danos nem sensação de desamparo. Por outro lado, o autor enfatizou que é necessário levar em consideração o tempo de duração das mudanças, já que um parto difícil ultrapassa em muito a experiência pré-natal de invasões que produzem reações, e, assim,

(...) a experiência de nascimento cuja anormalidade ultrapasse um certo limite torna-se trauma do nascimento, passando a ser imensamente significativa (Winnicott, (1978 [1949a], p.321).

Tendo enfatizado, em sua obra, a importância da adaptação ativa do ambiente às necessidades do bebê como condição para um desenvolvimento favorável, Winnicott considerou que quando ocorre o inverso, ou seja, quando o ambiente se impõe pelo prolongamento do parto, como aconteceu com a M6, a M8 e a M9, a invasão exige do bebê uma adaptação ainda impossível, provocando

reações excessivas que afetam de modo anormal o sentimento de continuidade de existência, e que serão prejudiciais para o desenvolvimento do ego.

Entendemos que a capacidade para uma adaptação satisfatória também pode ser avaliada, além do momento do parto, pelos sentimentos experimentados pela mãe em relação ao seu bebê que acabou de nascer. Se a mãe demonstra uma receptividade amorosa, é possível admitir que a relação, que desse momento em diante for construída, seja favorável à criança, mas, por outro lado, se predominarem sentimentos negativos, acreditamos como mais provável o estabelecimento de uma relação desfavorável.

A partir das entrevistas, encontramos que as dificuldades no momento do parto foram mais evidentes nas mães primíparas. No entanto, acompanhando o pensamento winnicottiano, entendemos que quando a gravidez ocorre de modo favorável, tanto para a mãe como para o feto, possibilitando com que ambos estejam preparados para esse momento, o parto pode ser vivido sem maiores dificuldades mesmo que seja o primeiro. O mesmo não acontece, porém, quando o estado emocional da mãe interfere no processo fisiológico natural, provocando alterações.

Para a M6, que relatou uma gravidez difícil após ter sido abandonada pelo namorado, o parto fisicamente complicado, e vivido com intensas fantasias de aniquilamento, quase trouxe conseqüências sérias para ela e para o bebê.

Foi muito ruim...eu sofri bastante...com muita dor...quem fez meu parto foram 3 médicos acadêmicos...tudo novinho...eles forçavam a minha barriga pra ela descer e ela subia...ela me sufocou...quase eu matei ela e ela me matou...sufocada...eu não tinha respiração...eu gritava muito e eles faziam peso na minha barriga pra ela descer...aí puxaram ela com um ferro..até cortaram um pouco na cabeça dela (M6).

O momento do parto, enquanto desfecho de uma gravidez descrita como de risco, também foi vivido de modo ameaçador pela M8:

Foi horrível...tanto que eu não quero ter filho nunca mais...Deus me livre...acho que deveria ser cesárea mas optaram por normal...os médicos me deixaram lá sofrendo...depois que eu tive ele não conseguia sentar,

não conseguia levantar, não conseguia fazer nada...sentia muita dor...foi horrível, horrível, horrível (M8).

Em todo o seu relato, a M8 transmitiu uma grande ambivalência em relação à maternidade. Apesar de dizer, inicialmente, que ‘desde nova’ tinha planos de vir a engravidar, admitiu que o desejo de ter um filho era do marido, e que ela, então, concordou. A gravidez, por seu lado, foi ‘de risco’, e M8 revelou um sentimento de insuficiência para ser mãe quando, frente às ameaças de aborto, atribuiu o fato ao corpo ‘adolescente’. A reação extremada, no momento do parto, nos sugere o pânico que viveu diante da realização de um desejo difícil de aceitar.

O medo excessivo com que a M9 descreveu, durante a entrevista, seu estado habitual de ser, trouxe conseqüências graves para o parto. Após a bolsa ter estourado, M9 não conseguia ter dilatação que permitisse o nascimento do bebê e, segundo relatou, a médica chegou a dar uma injeção para facilitar, mas *o bebê fez coco na hora*. Quando o feto evacua ainda no ventre, que pode ser percebido pela cor do líquido amniótico, é sinal de que está em estado de sofrimento, o que o coloca em risco de vida e torna necessário uma cesariana de emergência, como teve que ser feito.

A M1, cuja rejeição à gravidez já foi relatada, não se queixou de dificuldades do ponto de vista físico, ainda que tenha sido seu primeiro filho. Por outro lado, o nascimento desse bebê indesejado foi descrito: *quando ele nasceu tive vontade de degolar ele...tive depressão pós-parto...não podia ouvir ele chorar*.

A M3 fez a opção pelo parto cesáreo para poder fazer ligadura de trompas, motivo que a permitiu desistir do aborto, e nos transmitiu a impressão de que estava mais interessada na cirurgia, que a livraria não só de ainda precisar tomar pílula anticoncepcional como também de outra gravidez indesejada.

Na hora fiquei um pouquinho nervosa...mas tava empolgada ...fazer a ligadura...querendo que nascesse logo...não deu tempo pra pensar em nada...fiquei deitada lá...acho que apaguei...na hora que o bebê nasceu, ela me acordou e mostrou...mas nem vi ele chorando...reclamei: tô fatigada.

Ao ser indagada como teria sido a experiência do nascimento para o bebê, M3 riu e respondeu: *criança não pensa...nasceu com a cara tristonha...porque eu não queria...o segundo filho não é aquela alegria*. A ambivalência afetiva com que recebeu o filho nos pareceu significativa, e foi acentuada quando comentou: *dizer que eu ficava com raiva do bichinho, não...ele nasceu lindão...ele é feio agora...parecia um japonês*.

Também a M5 decidiu pela cesariana, que justificou pelo fato de ter tido dificuldade de dilatação no primeiro parto, condição que entendemos como decorrente da depressão vivida durante toda a gravidez, e pela intenção de fazer ligadura. Apesar de procurar se mostrar convicta de ter feito a escolha certa, quando perguntada se acompanhou o nascimento, e ouviu o neném chorar, M5 respondeu: *não ouvi nada porque eu apaguei...dormi e não vi mais nada*.

❖ Amamentação

❖ Sentimentos frente às reações do bebê na primeira mamada

O momento da primeira mamada é, também, o momento em que a mãe prossegue seu relacionamento com o filho, agora ao seu lado, e a oportunidade para que se desenvolva uma adaptação mútua. Mas, para que ocorra de modo satisfatório, é necessário que a mãe consiga controlar sua ansiedade e possa conhecer o ritmo de seu filho.

Segundo Winnicott (1988 [1954-1970]), os bebês podem variar quanto à sua capacidade de iniciar uma vida instintiva em termos de alimentação ao seio, e, por parte das mães, também ocorre uma variação na capacidade de amamentação, na dependência de diferentes fatores. Nesse sentido, o aleitamento pode ser considerado como normal quando o bebê e a mãe estão prontos para começarem a se relacionar. Esse momento foi vivido de formas variadas pelas mães entrevistadas.

A M3, que só aceitou essa gravidez quando soube que ia poder fazer a cirurgia de ligadura, mas já tinha revelado que não estava ‘*assim...*’ para mais um filho, mostrou sua impaciência para se adaptar ao ritmo do bebê, dizendo:

Ele custou sentir fome pra mamar...eu dava o peito e ele custou a pegar...eu pensei: esse menino não tem fome não?...achei que estava sem fome pra mamar...tentei acordar...tentei dar chupeta...ele não pegou a chupeta...nenhum dos meus filhos pegou chupeta...então eu tinha vontade que um chupasse...porque chupeta é bom...bebê fica calmo (M3).

Em relação à M2, entendemos que a sua incerteza na capacidade de ser mãe, manifestada em uma gestação difícil quando da primeira filha, e que a fez negar o desejo por outra gravidez, foi o que a levou a expressar sua dúvida na possibilidade de amamentar sua segunda filha mesmo após uma gravidez considerada ‘uma beleza’. No seu primeiro encontro com o bebê, M2 declarou que não tinha leite porque não tivera após o parto da filha mais velha, e se mostrou surpresa porque o bebê *soube puxar muito bem...até a doutora falou: nunca vi uma criança saber puxar tão bem*, atribuindo à filha o sucesso na amamentação.

Para a M5, que relatou ter ficado *desanimada* frente à notícia da gravidez, o fato do bebê não ter conseguido mamar logo foi descrito, em um primeiro momento, como uma situação normal.

Não pensei nada...eu achei que ela ainda não tinha ‘descobrido’ que tava fora...que já tinha nascido (M5).

Mas a demora na reação do bebê, que mamou normalmente no dia seguinte, provocou efeitos na M5, como relataremos no prosseguimento da amamentação, e a fez declarar: *eu pensei em dar mamá a ela até o dia em que eu pudesse...eu nunca mais ia ter outro filho para amamentar.*

Após um parto difícil, no qual o impulso do bebê para nascer sofreu a interferência materna contra a expulsão, a M6 parece ter se sentido esvaziada a tal ponto que o leite demorou a surgir. Entendemos que a fantasia de não ter sido um ambiente materno ‘suficientemente bom’, durante a gestação, pode justificar a primeira impressão que teve da filha, descrita como: *nasceu com muita fome...comendo as mãos de fome*. A voracidade que atribuiu ao seu bebê levou M6 a se queixar de que ficou com o seio ferido, ‘mordido’ pelo bebê, e que só depois de meia hora mãe e filha conseguiram se encontrar, e a amamentação teve início.

A sensibilidade para captar o tempo do seu bebê não pôde ser vivida pela M9 que, frustrada pela experiência que entendeu como uma rejeição, comentou:

Não mamou logo porque não quis...só depois de 12 horas...eu chamei a enfermeira e falei...ela pegou a cabecinha dele e botou no meu peito...aí ele quis mamar...eu já tinha tentado e ele gritava que não queria...rejeitava o peito...depois que ela insistiu ele quis (M9).

Outros motivos alegados pelas mães, como não ter bico no seio ou o leite não ter surgido logo, foram apontados como causas das dificuldades iniciais, provocando reações no intuito de amenizá-las. Para a M8, cuja gravidez foi descrita como de risco, a primeira experiência de amamentação também não foi vivida de forma satisfatória, e o oferecimento da chupeta pode ser entendido como uma tentativa de compensação.

Eu não tinha bico no seio...ele usou chupeta desde que nasceu...dei escondida porque tava chorando de fome...a enfermeira disse que não podia...quando ele ia pro berçário eu tirava (M8).

Consideramos necessário sublinhar a importância que atribuímos ao momento da primeira mamada, por se constituir, principalmente, no primeiro encontro da mãe com seu bebê. Ainda que seja comum, na atualidade, a prática de se colocar o recém-nascido sobre o colo da mãe logo após o parto, entendemos que esse acontecimento, pela sua brevidade no tempo, pelo número de pessoas ao redor e pelo estado físico em que se encontra a mãe, não é um momento propício para que ela possa viver uma experiência íntima com seu bebê. Desta forma, entendemos que a primeira ocasião em que o bebê é levado para amamentação uma linha divisória é estabelecida, a partir da qual os sentimentos maternos para com o ser que estava sendo gerado podem ser reforçados ou modificados, com inegável consequência para a qualidade da *maternagem*.

No texto winnicottiano, a amamentação inicial é nomeada como *primeira mamada teórica* (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.120), por se constituir do somatório de uma sequência de mamadas, e sua importância é considerada crucial para que o desenvolvimento das potencialidades do bebê ocorra sem distorções. A

ênfase com que o autor abordou esse acontecimento, e o destaque atribuído às possíveis consequências adversas, o levaram a afirmar que:

(...) quando existe uma dificuldade, a mãe e o bebê podem levar muito tempo até conseguirem se entender um com o outro, e frequentemente acontece que a mãe e o bebê falhem desde o princípio, e assim sofram (ambos) as consequências dessa falha por muitos anos, e às vezes para sempre (Winnicott, 1988 [1954-1970], p.123).

A nosso ver, a mãe que rejeitou a gravidez, por motivos conscientes ou inconscientes, quando toma o filho em seus braços, e o amamenta, se depara com uma outra qualidade de experiência, que pode levá-la a redimensionar o significado até então atribuído à criança. As possibilidades de desdobramento desse encontro são inúmeras, e não pretendemos esgotá-las na presente tese, mas, ao tomarmos como referência a leitura das entrevistas, encontramos que essa primeira experiência exerceu influência no padrão estabelecido para o prosseguimento do aleitamento.

❖ *Padrão estabelecido nas mamadas seguintes*

Consideramos que a mãe, quando está ativamente adaptada ao seu bebê, é capaz de reconhecer os sinais indicativos dos momentos em que a amamentação é necessária, distinguindo-os daqueles em que o bebê está apenas exercitando sua motricidade corporal, além de saber entender os diferentes significados do choro, como também respeitar momentos em que o bebê necessita ficar sozinho.

O relato da M6, que chegou a pensar em aborto e teve uma gravidez emocionalmente instável, nos revelou:

Ela mamou até os 4 meses...eu vivia com ela no colo porque ela sentia muita fome...comecei a dar Nam também...tava toda querendo...era comendo as mãos...não ficava quieta...toda a hora chorando...eu achava que era colo, mas eu botava no colo e ela começava a querer...na maternidade ensinaram que era de 3 em 3 horas, mas eu não esperava...ela abria o berreiro...pra calar a boquinha dela eu dava mamar (M6).

Interessante observar que a M6, na entrevista, comentou ter chorado muito durante a gravidez, vivida sem apoio, tanto emocional quanto financeiro, em decorrência de ter sido abandonada pelo namorado, pai da criança. Esta situação se manteve durante os primeiros 10 meses de vida da filha, quando, então, estabeleceu uma união estável com outro homem. No período inicial, portanto, nos parece que o choro do bebê mobilizava na mãe sentimentos penosos, que precisavam ser ‘calados’ de qualquer maneira. As palavras da M6 nos permitem entender que ela viveu uma identificação com a filha, porém não no lugar de mãe-ambiente, já que se sentia tão desamparada quanto o bebê, o que a levava a precisar ficar com o a filha no colo todo o tempo, com a justificativa de que *ela não queria saber de cama...abria o berreiro*. Nesse sentido, consideramos que a filha era o ‘colo’ do qual ela sentia falta.

A experiência da amamentação foi vivida de forma intensa pela M5 que, segundo nos relatou, quando era bebê mamou apenas por um mês, e a fez afirmar:

(...) eu dizia pra minha mãe que vou dar de mamar pra minha filha porque eu não mamei o tempo que eu devia ter mamado, e ninguém vai ‘banhar’ minha filha...toda a vida eu tive vontade de ter filho, mas eu tinha medo...de criar filho sem pai...de criar filha com fome(M5).

Ao priorizar sua necessidade de exercitar a maternidade por meio da alimentação, M5 não conseguiu estabelecer um padrão regular para a amamentação da filha.

Eu não esperava...meia hora, 40 minutos...ela começava a gritar...aí eu botava no peito e ela mamava...passava um tempo ela mamava de novo...eu tinha tanto leite que chegava a tirar e jogar fora (M5).

Assim também, quando a filha estava com 3 meses, M5 entendeu que *ela não estava satisfeita só com o peito*, e acrescentou mamadeira com leite de vaca e papinha de legumes, demonstrando o quanto o *medo de criar filho com fome*, como relatou, a ameaçava.

Para a M9, a experiência de amamentação nos parece ter significado mais do que o aleitamento e a troca afetiva com o filho. Se na maternidade precisou do

auxílio da enfermeira para conseguir iniciar a amamentação, depois de 12 horas de tentativas frustradas, em casa descreve o processo, que durou por 1 ano e 7 meses, como uma fonte de prazer por ter lhe assegurado a capacidade de ser mãe.

Em casa não tinha hora pra mamar, mamava muito...ele pedia...ficava se mexendo...eu dava...mamava a noite inteira...eu dormia com ele...ele deitava na minha cama e mamava a noite inteira (...) Por um lado achei que devia ter dado mais tempo...não teria tanto problema como tem tido...por outro não achava porque ele já estava grande...nenhuma criança pode mamar até 4, 5 anos (M9).

O relato da M4 nos fala de um desencontro ocorrido entre ela e seu bebê desde os primeiros momentos, no qual identificamos que sua necessidade de exercitar a maternidade prevaleceu sobre as necessidades da filha. O fato do bebê não ter aceitado o peito logo após o nascimento, que M4 procurou justificar dizendo “ela não tava com fome...tava com preguiçinha ainda”, repercutiu emocionalmente nessa mãe que, segundo revelou, “tava sentindo muito carinho e atenção pra ela”. Acreditamos que a dificuldade inicial do bebê foi vivida pela M4 como uma rejeição, que a levou a impor a amamentação, como observamos em suas palavras:

Eu ficava botando o peito na boca dela...porque como ela era muito preguiçosa, quase não acordava para mamar...eu achava que ela tava com fome...aí eu ficava espremendo o peito na boca dela e ela acabava pegando o peito...uma hora e pouco eu achava que ela tava com fome e dava de novo...ela foi um anjo, não acordava de madrugada para mamar...eu é que ficava acordando ela pra mamar.

Essa imposição alimentar se manteve até os 2 meses, quando o bebê começou a vomitar na hora da mamada. Apesar de afirmar que *sempre soube cuidar muito bem de criança, desde recém-nascida...tenho experiência de cuidar de crianças desde os 10 anos...cuidei da minha irmã mais nova, meus sobrinhos*, a M4 não demonstrou perceber a relação entre a sua atitude e a resposta da filha, que entendemos ter sido vivida com acentuada frustração, proporcional à dedicação com que procurou demonstrar estar revestindo os cuidados maternos.

Tendo concluído que a filha tinha *enjoado do leite...chorava de fome mas não queira mamar no peito*, M4 passou oferecer a chuquinha, por sugestão de uma tia, com leite Nam, e o bebê, então, *mamava que chegava a suar...aí dormia...ficava bastante tempo sem mamar*. Por outro lado, demonstrando que a solução não resolveu sua necessidade de amamentar, chegou a comprar um bico de silicone para voltar a oferecer o peito, e a filha, novamente, não aceitou. A insistência da M4 em relação à alimentação provocou complicações no bebê, que aos 3 meses precisou ser internado com infecção intestinal, já que passou a dar leite Ninho, sopinha, além de ‘danoninho’, geléia e gelatina, atitude prejudicial que só foi contornada porque a pediatra do hospital orientou a dar apenas o leite Nam. Aos 4 meses o bebê não aceitou mais a mamadeira, e *queria tudo na colher*, forma como se alimenta até o presente. Embora tenha descrito a filha como um ‘anjo’, M4 comentou: *o único bico que a T. aceita até hoje é chupeta...começou recém-nascida...dei porque chupeta acalma a criança*.

Uma experiência de amamentação tumultuada também foi vivida pela M1, que teve depressão pós-parto e chegou a expressar que teve vontade de *degolar* o filho quando ele nasceu. Em seu relato, M1 comentou que *tinha muito leite*, mas o filho *não pegou o peito de jeito nenhum*, de modo que passou a tirar o leite com bomba e oferecer na mamadeira, mas apenas no primeiro mês. Quando passou para leite Ninho, o bebê tomava a mamadeira para, em seguida, vomitar tudo que tinha ingerido, e M1, desconhecendo que o filho tinha alergia ao leite de vaca, oferecia outra mamadeira que era vomitada novamente. Segundo M1, essa situação perdurou por todo o primeiro ano de vida do filho, que além do vômito também ficava com o rosto inchado, tinha febre e diarreia, e os médicos a quem recorreu tratavam como infecção intestinal, até que foi feito o diagnóstico correto que possibilitou uma adequação na dieta da criança.

No nosso modo de ver se, por um lado, para cada dupla mãe-bebê há uma história e uma dinâmica própria, por outro não podemos deixar de considerar que o início de vida dessas crianças foi marcado por experiências desfavoráveis, que tiveram, em alguma medida, interferência no processo de construção da individualidade. Os transtornos na *adaptação ativa*, como revelados pelas mães, apontam para um estado de *preocupação primária* atravessado por fantasias de insuficiência para o exercício da maternidade.

4.5. Interpretação dos resultados

Antes de comentar os resultados da pesquisa, consideramos necessário abordar algumas questões que se encontram refletidas, direta ou indiretamente, no conteúdo desses resultados. Ao focalizarmos a mãe na função de maternagem, não podemos deixar de assinalar a importância do papel desempenhado pelo pai da criança, desde o início da gravidez, que ao proporcionar à mãe um ambiente de suporte “suficientemente bom”, pode favorecê-la no exercício satisfatório da *preocupação primária*.

Essa importância pode ser aferida a partir dos relatos colhidos nas entrevistas, quando a experiência de ser abandonada pelo pai da criança logo após a notícia da gravidez, ocorrida com duas entre as mães, ocasionou uma gestação vivida sem apoio afetivo, e também financeiro. Seus comentários nos revelaram como o sentimento de desamparo trouxe conseqüências para a experiência da maternidade, quando a *preocupação materna primária* foi invadida por uma preocupação objetiva, e premente, pela sobrevivência. Por outro lado, constatamos que mesmo quando existe um pai presente, mas o relacionamento do casal é tumultuado por brigas, como ocorreu com a M5, a estabilidade emocional da mãe fica comprometida, trazendo, inclusive, perturbações à sua saúde física e, conseqüentemente, ao ambiente materno oferecido ao filho.

De modo semelhante, consideramos que a presença da família ocupa um papel significativo, enquanto funcionando como um “ambiente materno” acolhedor para a mãe. Ao admitirmos que a gravidez provoca um aumento de sensibilidade na mulher, produzindo oscilações no humor, além de dúvidas e medos sem justificativa, muitas vezes associados a fantasias perturbadoras, entendemos que quanto mais amplo for o aporte afetivo com que a mãe puder contar, melhores serão as condições para uma gestação satisfatória.

Dificuldades de natureza econômica, necessidade de trabalhar, local de moradia inadequado, ônus por ser a única responsável pelo emprego de métodos contraceptivos, são, entre tantos outros, fatores que perpassam os relatos, e que devem levados em conta não para justificar as alterações nos cuidados percebidas por parte das mães, mas para melhor compreendê-las.

Ao longo da análise das entrevistas constatamos que, na história de vida das crianças focalizadas, ocorreram falhas no ambiente materno desde as etapas mais precoces, ainda no útero enquanto primeiro ambiente. Essas falhas se manifestaram, a princípio, pela predominância do sentimento de rejeição à gravidez, ao que se seguiram transtornos orgânicos e alimentares no período de gestação, cuja influência sobre o feto pode assumir graduações diferentes mas não pode ser desconsiderada, vindo a culminar em dificuldades durante a amamentação.

Retornando ao ponto em que formulamos nossa indagação inicial, e que promoveu a construção da pesquisa, concluímos que, por terem ocorrido em uma etapa na qual o bebê depende que a mãe forneça uma *adaptação ativa absoluta*, segundo a concepção winnicottiana, para a garantia de um processo evolutivo satisfatório, as falhas adaptativas maternas se traduziram em uma vivência, por parte do bebê, de invasão ambiental, que propomos nomear de *adaptação invasiva*.

Diferentemente da *adaptação ativa* como estabelecida por Winnicott (1979 [1960], p.52), enquanto expressão da *preocupação materna primária*, a adaptação proveniente de uma mãe *invasiva*, ao produzir uma quebra na linha de continuidade de existência do bebê, provocando a necessidade de reação e interferindo na associação da psique com o soma, acarreta falhas no estabelecimento da unidade psicossomática. Essa condição adversa é o suficiente para ocasionar, como consequência, a utilização do soma, por meio da manifestação alérgica respiratória naqueles bebês geneticamente predispostos, para expressão das ansiedades que não puderam encontrar outra via de escoamento, conforme constatamos na história das crianças pesquisadas.

Ao recorrermos ao material obtido na pesquisa encontramos, nos depoimentos, a presença freqüente de sentimentos de ambivalência em relação à maternidade, manifestados tanto por meio de perturbações durante a gravidez, como no momento do parto ou durante a amamentação, indicativos do quanto a existência real do bebê não tinha sido plenamente significada e investida pela mãe. Um bebê que não devia ter existido, a não ser na fantasia, se transforma num corpo desconhecido, de forma que encontrá-lo, mesmo durante a gestação, e,

principalmente, cuidar dele, demanda o esforço de percebê-lo como um ser com vida própria, com necessidades que lhe são pessoais.

Consideramos importante assinalar que, com o presente estudo, não pretendemos afirmar que todos os bebês, crianças, e até adultos, portadores de alergias respiratórias, necessariamente têm, ou tiveram, mães *invasivas*, já que o nosso olhar se deteve naqueles casos cujo distúrbio se manifestou de forma muito precoce e freqüente. Devemos ter em mente, também, que mesmo nos casos em que ocorreu algum transtorno na adaptação materna durante a gravidez, depois que o bebê nasce a mãe pode resignificá-lo, encontrando um espaço para ele em sua vida, contando para isso, inclusive, com a própria participação do bebê.