

### 3. A relação mãe-bebê: uma visão winnicottiana

*“O mundo despedaça todas as pessoas e, posteriormente, muitos se tornam fortes nos lugares partidos”*

Hemingway em *Farewell to Arms*

A teoria de Winnicott nos remete à compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano. Em sua prática, como pediatra e psicanalista, constatou que boa parte dos problemas emocionais parecia encontrar sua origem nas etapas precoces do desenvolvimento. Pode-se dizer que o cerne de seus estudos concentrou-se na relação mãe-bebê, pois para ele as bases da saúde mental de qualquer indivíduo são amoldadas na primeira infância pela mãe, através do meio ambiente fornecido por esta (Winnicott, 1948). O ambiente tem uma influência decisiva na determinação do psiquismo precoce. Em seu trabalho, dois caminhos são focalizados e frequentemente se inter cruzam. Um deles diz respeito ao crescimento emocional do bebê e o outro refere-se “às qualidades da mãe, suas mudanças e o cuidado materno que satisfaz as necessidades específicas do bebê” (Valler, 1990:155).

#### 3.1. A dependência e a relação mãe-bebê

Ao longo de toda a sua obra, percebe-se que Winnicott preocupou-se em afirmar que não pretendia instruir as mães sobre o que têm que fazer com seus bebês, pois acredita na capacidade que toda mãe tem para cuidar bem de seu filho e ressalta que esta faz seu trabalho simplesmente sendo *devotada* (mãe devotada comum). A palavra devoção significa uma **adaptação sensível e ativa** às necessidades de sua criança; necessidades que no início são absolutas (Winnicott, 1948, 1952).

*“There is not such a thing as a baby”* (“Não existe essa coisa chamada bebê). Para esse autor, um bebê não pode existir sozinho, mas é parte de uma relação. Sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, pois “um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de

mãe e sem um ambiente, por esta última criado, onde possa evoluir e desenvolver seu potencial de crescimento e amadurecimento” (Coutinho, 1997: 98).

No estudo de bebês a palavra-chave é **dependência**. Os bebês só começam a *ser* sob certas condições e no início, como a dependência é absoluta, eles precisam de uma mãe que esteja tão identificada com eles, que seja capaz de atender prontamente às suas necessidades. Os bebês vêm a ser de modos diferentes conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis. Com o cuidado recebido da mãe a continuidade da linha da vida do bebê se mantém e ele experiencia uma “continuidade do ser” (Winnicott, 1960). O processo de amamentação, os espaços de tempo entre as mamadas, o tempo entre uma forma de segurar e outra vão “construindo um registro de continuidade de um ser que é mantido, respeitado, não invadido. Não ser invadido significa ser compreendido a partir do que poderíamos chamar de ‘visão de mundo do bebê’, o que é possível pela adaptação ativa do meio maternante” (Guimarães, 2001: 29). Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa, a linha de vida da criança é perturbada muito pouco por reações à intrusão. A falha materna prolongada provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê, gerando uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1978). Todas as experiências que afetam o bebê são armazenadas em seu sistema de memória, possibilitando a aquisição de confiança no mundo, ou pelo contrário, de falta de confiança (Winnicott, 1999).

Além da importância atribuída ao ambiente, Winnicott (1999) ressalta também a importância da herança, ou seja, o potencial que o ser humano traz consigo ao nascer tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Para o autor, no momento do nascimento, o bebê é dotado de um complexo anatômico e fisiológico, de motilidade, de sensibilidade e, junto a isso, de um potencial para o desenvolvimento da parte psíquica da integração psicossomática. Nesse início o bebê não se encontra preparado para lidar com as demandas do meio interno e externo devido a sua fragilidade psicobiológica inicial, necessitando assim da interferência do meio ambiente maternante (Winnicott, 1999a). Em outras palavras, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas, que a maternagem seja “suficientemente boa”, dando assim uma concepção não idealizada da função materna. Assim, no início de seu desenvolvimento o ego fraco do bebê amparado pelo ego materno fortalece-se, uma vez que a mãe passa a

sustentar esse bebê, satisfazendo a sua dependência absoluta (Valler, 1990). Dentro desta perspectiva, o bebê no início ainda não estabeleceu uma distinção entre aquilo que constitui o EU e o não-EU, pois está fusionado com sua mãe. O comportamento do meio-ambiente faz parte do bebê da mesma forma que o comportamento de seus impulsos hereditários para a integração, para a autonomia, para a relação com objetos e para uma integração psicossomática satisfatória.

### 3.2. A preocupação materna primária: um estado necessário

Cada bebê tem seu impulso biológico para a vida, para o crescimento e para o desenvolvimento, tanto físico quanto emocional, que incluem os processos de maturação. De acordo com a teoria winnicottiana, este termo refere-se à evolução do ego e do *self* e inclui a história completa do id, das pulsões e das suas vicissitudes e a história das defesas do ego relativas às pulsões (Winnicott, 1963). O bebê é uma “**organização em marcha**”, cujo ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para a frente (Winnicott, 1985). Mas esse desenvolvimento depende de um ambiente de facilitação, cuja característica é a adaptação às necessidades cambiantes que se originam dos processos de maturação. Daí a importância dos sentimentos da mãe durante a gestação, parto e puerpério e do desenvolvimento de um estado psicológico denominado por ele de “*preocupação materna primária*”, para se avaliar a qualidade do vínculo mãe-bebê.

A “*preocupação materna primária*” se caracteriza como um estado de verdadeira fusão emocional com seu bebê, em que ela é o bebê, e o bebê é ela:

“Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida” (Winnicott, 1956: 401)

Winnicott refere-se a esse estado como se fosse uma “quase doença” da mãe (poderia ser uma doença caso não houvesse gravidez). Esta organização poderia ser comparada a um estado de dissociação ou mesmo a uma perturbação do tipo esquizóide, em que um aspecto da personalidade assume o controle temporariamente. Entretanto, o autor coloca que a mãe precisa ser saudável para entrar nesse estado e recuperar-se dele. Este é um período normal e necessário, que capacita a mãe a se adaptar às necessidades iniciais do bebê e se identificar com ele. Essa identificação é crucial nesse início do estabelecimento das relações objetais. Um bebê não poderá se desenvolver se não dispuser de alguém que seja ele mesmo, porém um ele mesmo já desenvolvido, para poder propiciar-lhe sustento e evolução. Quando a mãe se coloca no lugar de seu bebê ela é capaz de transformar as necessidades do bebê em comunicação. Mas, ao mesmo tempo em que está identificada, mantém um senso próprio de subjetividade, distinta como indivíduo separado, para permitir-se servir de intérprete da experiência do bebê (Gomes, 2000).

Portanto, é somente no estado de “*preocupação materna primária*” que a mãe é capaz de fornecer um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar e suas tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se. E também, somente neste estado a mãe consegue sentir-se no lugar do seu bebê (capacidade de empatia), correspondendo às suas necessidades, que no início, são necessidades corporais; aos poucos, vão se transformando em necessidades do ego à medida que da elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia. Isto faz supor em uma mulher com um recém-nascido o desejo e a capacidade de se desligar ou de renunciar a certos interesses pessoais, a fim de direcioná-los para a criança.

Jan Abram (1997), profunda conhecedora da obra de Winnicott, ressalta a importância desse estado para a vida do bebê. A autora comenta que a saúde emocional e física do bebê depende da capacidade da mãe de entrar e sair deste estado especial. O bebê saudável alcança um senso de *self* e um senso de “continuidade do ser” somente neste setting apropriado de *preocupação materna primária*. A *preocupação materna primária* é o ambiente especializado inicial. A mãe nesse estado é “boa o bastante” e capaz de oferecer um meio-ambiente facilitador no qual o bebê seja capaz de ser e crescer.

Entretanto, muitas mulheres não conseguem contrair essa “doença normal”; percebe-se nelas uma “fuga para a saúde”. Há mães que não conseguem adaptar-se às necessidades do bebê, talvez por terem uma forte identificação masculina ou por terem preocupações alternativas muito grandes que não abandonam prontamente. Num outro extremo, há a mãe que se preocupa excessivamente com seu filho. O bebê se torna sua preocupação patológica. A mãe patologicamente preocupada continua identificada com seu bebê por tempo demais. Winnicott observa que mães mentalmente doentes (esquízóides, depressivas, por exemplo) têm mais probabilidade de serem classificadas nesta última categoria (Winnicott, 1956).

O que acontece com essas mães que não entraram em estado de “preocupação materna primária” é que mais tarde, tentam compensar o que ficou perdido, através do comportamento superprotetor. Elas terão que passar por um período de adaptação às crescentes necessidades da criança na tentativa de corrigir as distorções do início: “em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas (...) têm que passar por um período prolongado dedicado a adaptar-se às necessidades, ou seja, mimar a criança. Em vez de serem mães, fazem terapia” (Winnicott, 1956: 402).

Essas observações são importantes pois, para o bebê, o rosto da mãe é o protótipo do espelho. No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma outra coisa ( a saúde do bebê, sua internação, cirurgia, etc), então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto (Winnicott, 1999; 1975) e, a consequência disto em seu desenvolvimento será percebida. Ao invés de refletir o bebê, reflete seu próprio humor ou a rigidez de suas defesas. Dessa forma, o bebê não recebendo de volta o que está dando, perde a naturalidade e passa a reagir contra uma ameaça de aniquilamento.

### **3.3. Realidade interna x Realidade externa**

Winnicott afirma que a partir do nascimento, o ser-humano não lida diretamente com a realidade externa. Ele cria um espaço intermediário, ou seja, estabelece uma ponte entre a realidade psíquica (interna) e a realidade compartilhada (externa). Portanto, desde o nascimento, o ser-humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é **objetivamente**

**percebido** e aquilo que é **subjetivamente concebido** (Winnicott, 1975 apud Saraiva, 1999). O nascimento inaugura os primeiros contatos dos pais com seus filhos e a percepção das diferenças entre o bebê criado psiquicamente (objeto subjetivamente concebido), não visto no decorrer da gestação, e o bebê “real” (objeto objetivamente percebido), tal como concretamente visto com suas características e peculiaridades. Então, quando a mãe depara-se com seu filho cardiopata descobre que existe uma diferença entre o que é concebido e o que é percebido.

Acredita-se que a presença da cardiopatia congênita e todos os fatores envolvidos (exames invasivos, cirurgia, internação, etc) também contribuem para o comprometimento do vínculo mãe-bebê.

Contudo, Winnicott ressalta que nem sempre a presença de doença orgânica na criança prejudica o vínculo desta com sua mãe. Para ele, uma mulher pode mais facilmente aceitar e amar uma criança doente pelo que ela é, se a própria mulher foi capaz de criar uma criança completa na fantasia, ou seja, se seu próprio ambiente inicial, agora internalizado, foi suficientemente bom (Davis e Wallbridge, 1982). Ele considerava importante algumas experiências pessoais da mãe e do pai como contribuições para o padrão e a qualidade dos cuidados com bebês. A mãe já foi um bebê um dia e ela tem essas recordações (Winnicott acreditava que nenhuma experiência é perdida, ainda que não seja acessível à consciência); ela também lembra de como foi cuidada e acolhida. A qualidade das experiências da primeira infância influenciam a qualidade da função de mãe. Portanto, a experiência de ter nascido, de ter sido um bebê e a elaboração destas experiências na fantasia auxiliam ou prejudicam sua própria experiência como mãe. Se o ambiente inicial da mãe é pobre, ela tem dificuldades em produzir na fantasia uma criança viva e completa, e isto pode dificultar sua relação com o bebê desde o começo.

Mas Winnicott não salientava somente a importância da mãe nesse estágio inicial de vida do bebê. Para ele, para que a mãe possa exercer sua função, o pai (e também a família) deve dar suporte e aconchego a esta, de modo que ela não tenha qualquer preocupação e possa dedicar-se exclusivamente a seu bebê (Winnicott, 1985). A mãe é capaz de atender às necessidades da criança se se sente amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família (Winnicott, 2001).

### 3.4. As três funções essenciais da maternagem “boa o bastante”

Como já vimos, para que o potencial hereditário venha a ter uma oportunidade de atualizar-se, no sentido de que venha a manifestar-se no indivíduo, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas, que haja uma “maternagem suficientemente boa” (Winnicott, 1999). Assim, nos primeiros meses da vida do bebê, a “mãe suficientemente boa” tem três funções, assim sintetizadas por Winnicott: *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a *apresentação dos objetos* (Winnicott, 1975; Valler, 1990; Coutinho, 1997).

#### 3.4.1. Holding

O *holding* se caracteriza pela maneira como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. Winnicott dedicou-se mais particularmente ao *holding*, cujo sucesso condicionará a seqüência. Desde o momento em que começa a linha da vida, a sustentação confiável tem que ser uma característica do ambiente para que a linha não se rompa. No início do desenvolvimento o cuidado com o bebê se dá em torno do termo “segurar”. O “segurar” o bebê - pegando-o no colo com firmeza, impedindo que caia, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o, etc. – pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação. Com a repetição desses cuidados a mãe ajuda o bebê a assentar os fundamentos de sua capacidade de sentir-se real (Winnicott, 1999). Em termos psicológicos, a função do “suporte” é fornecer apoio egóico, antes do estabelecimento da integração do ego (Davis e Wallbridge, 1982). Em um artigo intitulado “*Teoria do relacionamento paterno-infantil*” (1960), Winnicott (1983:48) descreve com mais detalhes essa função da mãe:

- “protege da agressão fisiológica;
- leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de

conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo;

- inclui a rotina completa de cuidado dia e noite e
- segue também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico”.

Um *holding* deficiente – mudanças repetidas de técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos, etc. – provoca sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo e de desconfiança na realidade externa (Winnicott, 2001; Valler, 1990). Quando as coisas não vão bem, o bebê percebe os resultados dessas falhas do cuidado materno. O resultado de cada falha é que a “continuidade do ser” é interrompida por reações às conseqüências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego (Winnicott, 1960). Na fase do *holding*, o bebê encontra-se no estado de dependência absoluta. Em relação a essa questão da dependência, Winnicott distingue três grandes fases na primeira infância em que percebe que a relação entre mãe e filho vai se modificando ao longo do processo de maturação:

1. *Dependência absoluta*: o bebê encontra-se totalmente dependente dos cuidados maternos, mesmo não tendo consciência disto. Nesta fase está em fusão com a mãe, e quanto mais esta compreende as necessidades do filho, melhor este se desenvolve. O bebê não consegue diferenciar o que é bem ou mal feito, mas está apenas em posição de obter proveito ou sofrer perturbações. Esta fase corresponde aos cinco primeiros meses.
2. *Dependência relativa*: o bebê já tem consciência da necessidade da dependência e dos detalhes do cuidado materno e ao longo deste período, que se estende entre o sexto mês e o fim do primeiro ano, vai diferenciando-se progressivamente de sua mãe. Está apto a estabelecer uma relação objetual e desse modo, cabe a ele dar um sinal para chamar sua mãe. Já não espera mais uma compreensão e uma satisfação mágica de suas necessidades por parte da mãe. É muito importante que esta compreenda essa



necessidade da criança de manifestar um sinal antes que ela satisfaça sua necessidade.

3. *Rumo à independência*: no início do segundo ano, a criança evolui gradualmente para a independência. Esta desenvolve meios para poder suprir o cuidado materno. Isto é conseguido através do “acúmulo de memórias de maternagem, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção dos detalhes do cuidado maternal, com o desenvolvimento da confiança no ambiente” (Davis e Wallbridge, 1982: 50; Winnicott, 1963; Golse, 1998).

Contudo, é mister dizer que a independência nunca é absoluta, pois na saúde o indivíduo não se encontra isolado, mas em uma relação de interdependência com o ambiente.

### 3.4.2. Handling

A etapa seguinte é o *handling*, “a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe” (Coutinho, 1997:101), facilitando a formação de uma parceria psicossomática (Winnicott, 2001). É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Winnicott observou em seu trabalho com crianças fisicamente doentes, que às vezes podem surgir problemas psicológicos devido a falta de contato com o corpo. Assim, a criança tem dificuldades em aceitar suas limitações físicas como reais. Ele tomou esta atitude da mãe como fator desencadeante deste estado de coisas na medida em que não pôde aceitar e amar o bebê da maneira como ele começou:

“as distorções do ego originam-se de distorções da atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê constantemente apresenta e reapresenta o corpo e a psique do bebê um ao outro, e observa-se prontamente que esta tarefa fácil porém importante torna-se difícil se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se culpada, envergonhada, assustada, excitada ou desesperançosa. Em tais circunstâncias ela pode fazer o melhor que possa, e não mais” (Winnicott, 1970 apud Davis e Wallbridge, 1982:117).

### 3.4.3. Apresentação dos objetos

Na *apresentação dos objetos*, “a mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento” (Coutinho, 1997:103). Esta fase, também chamada de *realização* (por tornar real o impulso criativo da criança), inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo da realidade compartilhada para o bebê (Winnicott, 2001).

Essas três funções da “mãe suficientemente boa” facilitam o desdobramento do processo de maturação, que abrange três tarefas principais: a **integração** (propiciada pelo *holding*), a **personalização** (propiciada pelo *handling*) e a **relação objetal** (propiciada pela *apresentação dos objetos*) (Winnicott, 1999).

### 3.5. A integração: destino da saúde

Como foi visto anteriormente, o processo maturativo faz parte do potencial herdado do bebê podendo se revelar desde que os determinantes ambientais sejam adequados. Nas primeiras semanas de vida do bebê, os estágios iniciais desse processo começam a se tornar experiências deste. Se o ambiente de facilitação for suficientemente bom, as tendências hereditárias de crescimento do bebê podem alcançar seus primeiros resultados favoráveis. A principal delas é a **integração**. A integração se produz a partir de um estado de não-integração. Em termos de desenvolvimento emocional o bebê dentro do útero ainda não é uma unidade, por que não há ainda um ego com possibilidade de diferenciar o que é interno do que é externo a si mesmo. A unidade no início é dada pelo conjunto meio-ambiente / indivíduo. No estado de não-integração há ausência de consciência e ausência de noção de tempo e espaço. A partir deste estado se produz a integração por alguns momentos. Gradualmente a integração se torna um fato. Esta começa imediatamente após o início da vida, onde o bebê precisa de uma única pessoa para juntar seus pedaços, para o manter inteiro. O conceito de integração é utilizado para definir um estágio no processo de desenvolvimento da

personalidade a partir do qual o bebê é capaz de diferenciar o que é ele mesmo (“eu”) e o que existe fora dele (“não-eu”) (Guimarães, 2001).

É com o bom *holding* que o bebê é capaz de desenvolver a capacidade de integrar suas experiências e de desenvolver o senso de “EU SOU” (Abram, 1997). A integração é facilitada pelo *holding* na fase de dependência absoluta. Como mãe e bebê estão fundidos neste período não há relações objetais ainda, mas somente suporte de ego da mãe para o bebê. Por outro lado, há a **desintegração**, uma defesa organizada contra a falha ambiental maciça. Aqui há a “sensação de enlouquecimento” ao passo que a integração produz um “sentimento de sanidade” (Winnicott, 1990). Na ausência do suporte do ego materno neste início de dependência absoluta, é impossível para o bebê controlar as angústias provocadas por essas ausências. Essas angústias (nomeadas por Winnicott de “angústias impensáveis”) são muito precoces e surgem de modo incompreensível para o bebê, deixando marcas ao longo de sua vida.

Em consequência desta dependência é necessário uma adaptação ativa do meio- ambiente ao bebê porque “por trás destas necessidades há o fato de que os bebês são sujeitos às mais terríveis ansiedades que se possa imaginar. Se deixados a sós por muito tempo (minutos, horas), sem nenhum contato humano ou familiar, passam por experiências que só podem ser descritas por palavras como: ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos” (Winnicott, 1994 apud Guimarães, 2001:76).

Na vida do bebê normal, este regressa a estados de não-integração, onde permanece relaxado enquanto a mãe se encarrega da função de sustentação. A não- integração não é caótica porque, se existe uma adaptação ativa, está mantida a vivência de continuidade do existir do bebê (Guimarães, 2001).

### **3.6. Personalização, um equilíbrio psicossomático**

A partir dos períodos de integração do ego começa a haver uma diferenciação entre a psique e o soma e o bebê passa a ter o sentimento de habitar o próprio corpo (Winnicott, 1990). Winnicott utilizou a palavra **personalização** para descrever essa “trama psicossomática”, ou a psique residindo no soma (Davis e Wallbridge, 1982).

À medida que o bebê se desenvolve vai adquirindo um novo status – o de “ser uma pessoa”. A experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente contribuem para este processo (Winnicott, 1945). A personalização satisfatória vincula-se a um bom *handling* (manejo). O bebê, ao ser manuseado, acolhido e cuidado pela mãe vai vivenciando a experiência de morar dentro de seu corpo. Essas vivências e experiências vão dando ao bebê uma continuidade e suas sensações vão sendo imprimidas na consciência, na psique do bebê. Ao mesmo tempo começa a se estabelecer um interior e um exterior, sendo a pele a membrana de fronteira. Pode se falar agora que o bebê possui uma realidade interna e um esquema corporal (Winnicott, 1990).

Davis e Wallbridge (1982:56) ressaltam que “a personalização não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar de residência do eu”. Um *handling* adaptativo significa que “a pessoa que está cuidando do bebê é capaz de manejar o bebê e o corpo desse bebê como se os dois formassem uma unidade” (op. cit.:57). Já com um ano, o bebê está “ancorado” em seu corpo durante certos períodos.

### 3.7. Área de ilusão, espaço potencial e objetos transicionais

O bebê, tendo alcançado a integração por períodos mais longos e sentindo-se habitado em seu próprio corpo, depara-se com a realidade externa. Num desenvolvimento emocional dito normal, a mãe, que está identificada com seu bebê, o protege das invasões do mundo externo, ou seja, ela não permite que o meio-ambiente invada o *self* do bebê, até que através de um gesto espontâneo o bebê venha descobrir o meio-ambiente” (Valler, 1990:162). A maneira pela qual a mãe e o ambiente apresentam o mundo ao bebê determinam o estabelecimento da **relação de objeto**. A mãe tem por função apresentar o mundo ao bebê em pequenas doses, proporcionando uma experiência de onipotência ao permitir que o bebê tenha a ilusão de que aquilo que foi encontrado é algo criado por ele. Podemos utilizar como protótipo da primeira relação objetal a amamentação. Winnicott sustenta que a adaptação materna “capacita a mãe a colocar o seu seio de encontro à projeção (alucinação) que o bebê está pronto a fazer do seio bom” (Valler, 1990:163) . Nesta apresentação gradual do mundo à criança, a mãe

preserva certa porção de ilusão, para que a criatividade do bebê possa ser vivida integralmente. A mãe, sendo capaz de manter a ilusão, ajuda o bebê a aceitar os momentos de desilusão gradual (princípio da realidade). Nesta etapa do desenvolvimento, a dependência absoluta está se transformando em dependência relativa, ou seja, o bebê passa de um estado de fusão com a mãe para um estágio de separá-la do *self*. A mãe já começa a diminuir o grau de sua adaptação às necessidades do bebê. Este começa a perceber a existência de objetos e fenômenos situados fora de seu controle onipotente. Assim, o “seio bom” já é percebido como pertencente ao meio-ambiente, e portanto, externo ao *self*.

Winnicott percebeu também um padrão comum de comportamento em bebês, que tem início por volta dos 4 meses. Ele viu que, muitas vezes, o primeiro objeto possuído e adotado pelo bebê tem uma importância crucial e chamou a isto de “a primeira posse não-eu”. Esse padrão vai da utilização do polegar, dedo ou punho na boca, ao uso de fronhas, babadores e à ligação com bichos de pelúcia, bonecas, etc.. Normalmente, as crianças permanecem apegadas a esses objetos por longo tempo com a permissão dos pais, que reconhecem seu valor (Winnicott, 1975; Guimarães, 2001).

Esses objetos foram designados por ele de “**objetos transicionais**” e permitem a ilusão de encontrar um suporte na realidade. Inicialmente, o bebê relaciona-se com a realidade externa através da experiência de onipotência e ilusão de que ele próprio criou o objeto desejado. Nesta zona de ilusão há uma superposição entre o que a criança concebe e o que a mãe apresenta, constituindo uma zona intermediária entre a subjetividade e a objetividade. Winnicott a define como **espaço potencial**, que permite manter, ao mesmo tempo separadas e ligadas uma a outra, realidade interna e realidade externa (Winnicott, 1975).

O objeto transicional tem um valor simbólico de união com o objeto materno e todas as atividades relacionadas a ele (fenômenos transicionais) são sustentadas pelas fantasias e notadamente a fantasia de reunião com a mãe. Os fenômenos transicionais são uma tentativa feita para unir e comunicar e simboliza toda a maternagem.

Como neste estudo temos como enfoque a qualidade dos cuidados maternos dispensados ao bebê cardiopata, gostaria de levantar algumas questões surgidas a partir do aprofundamento da teoria de Winnicott. Até aqui vimos como se processa o desenvolvimento de uma criança saudável amparada por uma “mãe

suficientemente boa”. Mas, como ser uma “mãe suficientemente boa” para um bebê cardiopata? O que acontece quando a mãe é privada de exercer a sua capacidade de *preocupação materna* primária (no caso do diagnóstico ser precoce, nos primeiros dias de vida do bebê, quando a mãe ainda está sob efeito dessa “quase doença”)? Como fica a maternagem e suas funções de holding, handling e apresentação dos objetos se, muitas vezes, a mãe tem medo de segurar o bebê (com medo de que ele morra ou fique roxinho), está impedida de manusear seu corpo (quando ele está internado) ou há a entrada precoce e invasiva de estranhos (equipe médica) e aparelhos? Será que esse bebê consegue caminhar rumo à independência? Será que a mãe recebe suporte e conforto de seu meio-ambiente (marido, família)? Como será o desdobramento do processo de maturação desse bebê?

Enfim, muitas perguntas aparecem neste momento e, na medida do possível tentarei dar conta de cada uma delas. Mas não será tarefa fácil, uma vez que estas mães estão atravessando um momento extremamente difícil e doloroso em suas vidas. Uma das coisas que mais me marcaram durante as leituras das obras de Winnicott foi seu profundo respeito por cada um de seus pacientes e sua crença na capacidade de que cada um faz o melhor que pode para sobreviver, mesmo que pareça estranho e inadequado. E foi assim que eu fui encontrar essas mães com seus bebês cardiopatas - consciente de que, em tais circunstâncias, “elas fazem o melhor que podem, e não mais” (Winnicott, 1970 apud Davis e Wallbridge, 1982:117).