



UMA FAMÍLIA DISTINTA: MULTIPARENTALIDADE NUMA HISTÓRIA DE “ADOÇÃO” CONTINGENTE

Marília Etienne Arreguy¹

Este trabalho é parte de pesquisa financiada pelo CNPQ através do edital "Gênero, feminilidade, sexualidades", desenvolvida no ambulatório pediátrico de seguimento de crianças que estiveram por mais de 7 (sete) dias em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de uma maternidade pública. A pesquisa teve como base a investigação da dinâmica psicoemocional das mães de bebês com necessidade de cuidados médicos especiais, com ênfase na sexualidade feminina, visto que é comum o comprometimento afetivo pelas condições sociais adversas que enfrentam. Entendeu-se por sexualidade feminina o amplo espectro de manifestações psíquicas, erógenas e sociais da libido dessas mulheres, segundo uma escuta clínica voltada para as manifestações inconscientes. Utilizando-se da metodologia da pesquisa-intervenção, essas mães passaram por entrevistas e receberam atendimento psicológico com orientação psicanalítica, enquanto frequentavam o ambulatório de *follow-up* com seus filhos e filhas que anteriormente estiveram internados na UTI Neonatal. Nesse processo, elas se beneficiaram de um acolhimento que visava a dar uma abertura para a elaboração das perdas que viviam em relação à expectativa de saúde de seus bebês, na medida em que o nascimento de uma criança com necessidades médicas especiais quebra, por vezes de modo muito severo, com a imagem narcísica de si projetada no bebê imaginado (Freud, 1914). Muitos neonatos são prematuros, alguns possuem doenças crônicas ou anomalias e outros têm complicações ao nascer, causado por hipóxia ou infecções de todo gênero. Então, ao passo que oferecíamos atendimento a essas mães, analisávamos suas narrativas de modo a esboçar um delineamento das dificuldades psicoafetivas no âmbito das relações de parentalidade.

Procuramos focar o diferencial da presença ou da ausência da figura paterna no apoio à maternidade como objeto privilegiado da pesquisa. Nesse sentido, foram acompanhadas mulheres que tinham estruturação familiar com e sem o afeto e a ajuda masculina paterna, de modo avaliar como o homem, pai, é descrito no discurso dessas mulheres e em que medida ele se apresenta nos esquemas de cuidado da(s) criança(s). Efeito complementar ao caráter interventivo da pesquisa, a escuta analítica também pretendia sensibilizar e capacitar profissionais da rede de saúde para lidar com as famílias independentemente de sua configuração. Assim, também buscávamos auxiliar nas

¹ Professora Adjunta – Faculdade de Educação – Universidade Federal Fluminense; Doutora em Saúde Coletiva IMS-UERJ; Doutora em Pesquisas em Psicanálise e Psicopatologia – Universidade de Paris 7; Associada ao Fórum do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. E-mail: marilia.arreguy@pq.cnpq.br Fones: 55 21 2629-2664; 55 21 98117129.



políticas públicas que amparam mulheres na perinatalidade, sobretudo, quando são mães de criança(s) com necessidade de cuidados médicos especiais e não contam com a ajuda dos pais. Pôde-se constatar que a estrutura hospitalar na maternidade de alto-risco pesquisada pecava num aspecto crucial. Muitas mães que não contavam com ajuda familiar, puérperas cujos parceiros não tinham assumido a paternidade e/ou não contavam com nenhum apoio familiar, não tinham com quem deixar seus outros filhos para poder acompanhar seus bebês na UTI Neonatal. Então, acabavam tendo que fazer uma espécie de “escolha de Sofia”: ou deixavam o recém-nascido na incubadora aos cuidados da equipe de enfermagem e iam tomar conta dos filhos menores em casa, ou os deixavam sozinhos, aos cuidados de terceiros e ficavam acompanhando os bebês no hospital, o que podia durar meses no caso de prematuros ou de bebês “muito graves”. Assim, através de nossa presença diária na maternidade de alto risco, ouvíamos o relato de seu sofrimento, signo da ruptura interna em relação à difícil tarefa de se dividirem radicalmente entre a família e o neonato enfermo, entre deixar os filhos mais velhos, em muitos casos ainda pequenos, com parentes ou vizinhos distantes². Afinal, mesmo quando os pais assumiam a mulher, o bebê e, porventura os filhos, eles trabalhavam e também não podiam se dedicar de modo satisfatório à família e à casa, dado que estavam presos ao trabalho pela necessidade de sustento doméstico. Seria fundamental então algo mais, como a construção de uma estrutura de acolhimento não só às mães no hospital, como já acontece, mas criar outro espaço para receber integralmente também os filhos pequenos quando a família necessita, como ocorre por exemplo em instituições hospitalares na França³.

É importante ressaltar que trabalhávamos numa maternidade de alto risco de referência no setor público. Nesse sentido, é em busca de excelência que se designam as demandas de melhoria na estrutura hospitalar, dirigida pelos esforços dos profissionais que lutam continuamente em prol da saúde materno-infantil. Como parte desse esforço, desenvolvemos essa pesquisa-intervenção, em que nos propusemos a oferecer atendimento psicanalítico em diferentes espaços, pois não havia quantidade suficiente de psicólogos para atender todos os setores do hospital, diante da enorme e crescente demanda.

² Em diversas circunstâncias, algumas mães imploravam para que deixássemos trazerem seus filhos pequenos para ficar com elas dormindo e comendo no hospital, pois havia casos em que as crianças ficavam à mercê do abuso sexual de parentes próximos ou vizinhos. Nessas situações, a “escolha de Sofia” era da equipe médica e de enfermagem: ou deixar a criança em situação de risco na comunidade, longe da mãe, ou deixar a criança vir para o hospital, em situação de risco de infecção hospitalar, etc, etc. De todo modo, em momentos acentuatadamente críticos foi permitido que uma ou outra criança permanecesse no quarto de mães acompanhantes no hospital, na medida em que as equipes de psicologia e serviço social mediavam essa opção diferenciada no regime institucional.

³ Visitei recentemente a *Unité d’Accueil Mère-Bébé*, chefiada pela psicanalista Claude Boukobza no *Centre Hospitalier de Saint-Dennis*, em que um trabalho de ponta é feito com mães e filhos com dificuldades emocionais e financeiras, muitas delas estrangeiras e “sans papier”.



Então a pesquisadora Luciana Brasil de Oliveira, também idealizadora do projeto, passou a atender no ambulatório de seguimento da UTI Neonatal (*follow up*), onde não havia psicólogos do *staff*. Oferecemos então, além desse serviço extra com uma psicóloga inserida na equipe multiprofissional do *follow up*, atendimentos individuais às mães nos casos mais graves, detectados pela pediatra-chefe em concordância com nossa pesquisadora. Contudo, apesar do esforço para auxiliar as mães a criarem melhores condições psíquicas para o desenvolvimento do bebê na família, as que mais precisavam não podiam comparecer semanalmente para dar continuidade ao atendimento, ou porque não tinham dinheiro para a condução, ou porque não tinham com quem deixar as crianças. Evidentemente, algumas simplesmente não quiseram fazer terapia ou análise conosco. Outras, foram atendidas pontualmente, em situações-limite, quando traziam problemas psicossociais críticos aos quais a equipe médica não dava conta de atender, justamente por fugir à sua especialidade, por mais que quisessem acolher as mães. Desse modo, a equipe sofria junto com as mães e nossa intervenção foi crucial para aliviar e dar suporte tanto às mães quanto aos profissionais de enfermagem, médicos e de outras áreas.

Mesmo diante das inúmeras dificuldades interpostas, além dos atendimentos multiprofissionais feitos por nossa pesquisadora, conseguimos atender algumas mães individualmente. Dentre essas, destacarei um caso em especial. Trata-se de um bebê adotado, que apesar de não ser relativo à situação de extrema precariedade sócio-econômica, apresenta peculiaridades que fazem pensar na abertura para novos arranjos familiares diferentes de um modelo familiar hegemônico, num contexto de transformação e de rompimento com certos estereótipos. No que tange ao papel do pai na narrativa da mãe (adotiva), ao invés da ausência paterna, havia uma situação paradoxal, ora de excesso, ora de ausência-presença, num jogo entre visível e invisível, com alguns percalços em relação à definição da estrutura de parentalidade. De certo modo, o trabalho analítico com a mãe adotiva foi acompanhado de um bom desenvolvimento biopsíquico da criança. Adicionei alguns dados e nomes fictícios de modo a não permitir a identificação da família.

Apresentarei portanto o caso de uma mulher, Flor, que adotou uma criança de forma contingencial. Houve pois uma conjunção de fatores que a levaram à situação de adoção não legalizada. De certo modo, a adoção não foi tampouco escolhida conscientemente, tendo ocorrido mais por um impulso de salvação e de caridade. O casal de pais biológicos já tinha dois filhos, Flávio e Clara, o menino com 11 anos e a menina com apenas 1 ano à época do nascimento do bebê, que chamarei aqui de Zezinho. A mãe biológica, Laura, estava gravemente enferma quando o filho



nasceu e ficou internado na UTI Neonatal. Laura nunca saiu do hospital e veio a falecer logo após o nascimento de Zezinho, seu terceiro filho. O pai biológico da criança, Vadinho, trabalhava o dia todo e não conseguia dar conta da nova configuração familiar, sem a mulher. Com a doença de Laura, na época do nascimento de Zezinho, Vadinho ia diariamente ao hospital ver a esposa enferma, trabalhava e ainda cuidava do filho mais velho. Clara, a filha de 1 ano passou a ser criada pela avó paterna. Já a avó materna se eximiu dos cuidados dos netos, inclusive do recém-nascido. E, por inusitado que seja, uma vizinha passou a acompanhar o bebê na UTI Neonatal, já que nenhum parente consanguíneo se dispôs a isso. No momento da alta médica, ela o levou para casa, até que a mãe biológica se curasse, mas de fato ela veio a falecer, configurando-se um caso de adoção contingente.

A vizinha acabou se tornando a principal cuidadora do bebê, órfão de mãe. Muito dedicada e zelosa, jamais deixou de comparecer ao acompanhamento pediátrico especializado, no entanto, desestabilizava a equipe com a enorme angústia que trazia, dada a posição imprevista que passara a ocupar na família do vizinho. Flor é uma mulher aposentada, casada e com filhos, membro de uma família estruturada de classe média. Começou a cuidar de Zezinho desde a internação (o bebê sofrera hipóxia no parto). Flor acabou se afeiçoando à criança e tornando-se sua mãe ao levar Zezinho para sua casa. A decisão não foi pensada, nem tomada de comum acordo com seu marido, Teodoro. Ela simplesmente levou o bebê para sua casa. No entanto, Vadinho, o pai biológico, vivo, sendo vizinho de Flor, continuou participando da criação do filho de forma secundária, mesmo que o pai adotivo, Teodoro, também já tivesse assumido o menino enquanto pai. Segundo Flor, Vadinho sempre afirmava: “Filho meu, eu não dou!”. Entretanto, fato contraditório, ele não assumiu a criação de Zezinho. Segundo Flor, acrescenta-se que Zezinho é tratado de modo diferenciado pela família biológica, talvez com menos carinho ou menos atenção pelo pai Vadinho. Seja como for, Zezinho tem forte ligação com a família biológica, principalmente com a irmãzinha, apenas um ano mais velha do que ele.

A queixa principal que levou ao início dos atendimentos estava ligada a dois fatores: o primeiro manifesto, pois Flor não sabia como lidar com a família biológica, já que discordava radicalmente da forma como tratavam Zezinho, pois gritavam entre si, não tinham horários, a casa de Vadinho era uma bagunça e, mesmo assim, Zezinho vivia correndo para lá, bastava a porta se abrir; o segundo fator era latente, inconsciente: estava relacionado às fantasias de Flor em relação à maternidade e à sua autoridade diante de Zezinho. Tal aspecto era permeado pelo temor de ser ou não aceita por Zezinho enquanto mãe, e, ainda, pelo fantasma de ter seu filho “tomado” pela família



de origem. A queixa manifesta era de que Zezinho era muito “levado”, conotando o duplo sentido da atitude do filho em relação à família de origem. Por esses motivos, ela vivia enfiada na casa do vizinho, tentando controlar a educação do filho adotivo e buscando “consertar” problemas dos quais não podia dar conta, pois já tinha sua própria família e não conseguia alterar a dinâmica da família vizinha. Ela sofria também por ver que o pai biológico, trancafiava-se no quarto, isolando-se do mundo, o que só conseguiu me contar após um ano de atendimentos, tamanho tabu que isso provocava em sua cabeça. Foram inúmeros problemas relatados ao longo dos atendimentos, mas aos poucos Flor foi conseguindo deixar de tentar “gerenciar” (ou dominar) a casa do vizinho. Começou a colocar limites nas demandas da família biológica, de certo modo agregada, pois virava e mexia, Flor atendia outras demandas dos vizinhos, como preparar lanches, cuidar da irmã de Zezinho, etc. Era como se Flor fosse a grande “mãe” de todos, embora sofresse por não conseguir se esquivar dos pedidos e apelos que vinham tanto de sua própria família quanto da biológica, do bebê adotado. Sua sexualidade parecia estar exclusivamente voltada para a maternidade.

A terapia analítica foi importante para ajudá-la a estabelecer novos posicionamentos subjetivos. Isso ocorreu na medida em que trabalhávamos sobre os nós de sua fala, ora de forma lúdica, ora no corte das sessões, mas sobretudo estando ali disponível para ouvi-la sem dar palpites, sem fazer críticas, buscando desmistificar suas fantasias, enquanto ela mesma ia conseguindo elaborar e refrear seus medos e preconceitos.

Flor é uma mulher extremamente generosa, feminina, dinâmica e ao mesmo tempo convencional. Socialmente adaptados, ela e o marido estudaram, trabalharam e constituíram uma família estável. Têm uma vida pacata, alterada apenas pelas dificuldades no contexto da adoção. Ela sofreu muito por perceber que o pai biológico possuía barreiras no trato com seu adorado bebê adotivo. Não obstante, aos poucos passou a ficar mais segura de sua função de mãe, na medida em que pôde ser acentuado o sentimento de que era amada por Zezinho, não “como se fosse” sua mãe, mas de fato sendo a única mãe de quem ele usufrui o amor, a companhia, os cuidados, o carinho e a educação. Havia momentos em que retornava a angústia acerca da pertinência de sua maternidade. Por exemplo, quando precisava de documentos comprobatórios da filiação (que não tinha). Então, acabava chamando o pai biológico a seu contragosto para cumprir com a responsabilidade jurídica sobre o filho perante as normas sociais. Flor e Vadinho levavam uma relação cordial, mas na verdade havia muita dificuldade de comunicação entre ambos, sobretudo no que tange às conversas mais aprofundadas, sobre os conflitos e destinos de Zezinho.



Zezinho já completou 5 anos, tem uma mãe adotiva viva e dois pais, aos quais se refere como pai Teodoro e pai Vadinho. Muitas dificuldades, preconceitos, embates e inseguranças foram percebidas e elaboradas no relato de Flor durante quase dois anos de atendimentos semanais. Flor pôde se “posicionar” melhor diante da família biológica. Conseguiu sair “de dentro” da casa do vizinho e estabelecer diferenças na criação do filho. Começou a elaborar algumas questões relativas ao lugar de Zezinho em sua família, de modo a buscar um espaço para ele “no quarto dos meninos”, que na realidade é o quarto de seu filho mais velho. Até então, as portas dos quartos de seus próprios filhos ficavam trancadas para Zezinho não fazer bagunça. Até então dormia no quarto do casal adotivo, o que faz pensar em certo abandono do erotismo feminino em favor da maternidade. Ponto importante nas sessões clínicas foi dar livre vazão para as fantasias de controle da mãe adotiva, de modo que ela pudesse aos poucos se dar conta da impossibilidade estrutural de manter esse filho exclusivamente para si. Ele circulava entre dois mundos, entre duas famílias, algo inalienável de sua peculiar história.

A disponibilidade para novos arranjos parentais foi trabalhada ao longo de meses, de modo que a mãe e o pai adotivo pudessem de alguma maneira aceitar as "interferências" advindas da participação do pai e da família biológica na vida do bebê. Chama atenção a exclusão dos pais nos atendimentos médicos e multiprofissionais. Nem o pai biológico, nem o adotivo nunca foram acompanhar Zezinho ao *follow up*. Por outro lado, Flor usava dizer que não sabia como teria criado seus filhos sem a presença de Teodoro. E pensava do mesmo modo em relação à paternidade de Teodoro para com o bebê Zezinho. Desse modo, o homem-pai tinha um lugar nítido para ela na manutenção da família. Mais que isso, em alguma medida ela seguia um padrão tradicional de família em que a mãe cuida, mas é o pai que dá limite nos momentos de birra e indisciplina. Teodoro era amoroso com os filhos biológicos, mas supostamente também acolhia Zezinho sem fazer diferenças, conforme relato de Flor. Contudo, no decorrer da análise, pude perceber que Flor não era apenas uma mulher que cuidava da casa após aposentar-se, fazendo a especial caridade de cuidar de um bebê órfão de mãe. Ela representa muito mais que isso. É o centro e norte na tomada de decisões da família. Teodoro sempre a consultava antes de tomar qualquer atitude, por mais ínfima que fosse. Ela por sua vez decidia por si mesma, inclusive impondo sua presença na família do vizinho e impondo a presença de Zezinho em sua própria família. Seus filhos, já adultos, chegaram até a sentir ciúme do bebê adotado, mas acabaram aceitando e respeitando as decisões de Flor.



Independentemente de qualquer juízo de valor que se faça sobre a vida e as escolhas de Flor, pôde-se constatar nos atendimentos que pouco ou nenhum lugar era dado para a narrativa de sua sexualidade. O marido apenas aparecia na figura de pai e seu investimento afetivo era quase na íntegra dedicado ao novo bebê. A realidade era que Flor vinha a viver plenamente a maternidade pela primeira vez, posto que não pudera dar muito de seu tempo, ao menos qualitativamente, a seus dois outros filhos já crescidos, uma vez que trabalhara em horário integral durante a infância e adolescência de ambos. Foi apenas numa maturidade tardia que encontrou espaço para ser mãe, não só com as obrigações e deveres, mas com a devoção e a plenitude do prazer de cuidar (Winnicott, 1999). Ela tem na maternidade de Zezinho seu maior entretenimento. A princípio dedicava-se à análise com uma fala quase exclusivamente voltada aos problemas do filho adotivo, por seu comportamento indisciplinado, altivo e querelante, queixosa da interferência da família de origem. Agora, já começava aos poucos a falar de si. Se sempre reconhecera a importância de Teodoro na constituição e estruturação de sua família de base, ainda faltava muito para aceitar a influência de Vadinho sobre seu filho. Uma história clínica em que sobravam os pais e preponderavam as atitudes da mãe. Vadinho, por sua vez, ocupava um lugar estigmatizado, de sujeito incapaz de criar sozinho os próprios filhos, apesar de contribuir com o sustento do filho, ao entregar mensalmente parte da pensão deixada pela esposa falecida para Flor. A figura paterna fazia excesso e exceção, seja por haver dois pais, um presente e outro ausente, um atuante e outro como marca da castração e da tragédia nas origens da filiação. Em alguma medida essa mãe também pode ser reconhecida como uma mulher fálica, que aos poucos foi construindo sua feminilidade enquanto mãe, apesar de ainda não haver muito espaço para a sexualidade feminina *stricto sensu*. Entretanto, resta uma questão insuperável, no sentido de uma *indecidibilidade*, como define Jacques Derrida (2000). Como suportar e apostar na multiparentalidade presente nessa família sem querer definir claramente espaços, regras estritas ou recorrer à Lei? Seria possível deixar acontecer, *laissez faire*, sem oficializar a adoção? De alguma maneira, a configuração dessa família rumou para certa indefinição. Alguns fantasmas em relação ao amor de Zezinho e à legitimidade da parentalidade por vezes voltavam à cena. Coube portanto ao analista escutar, dar suporte, desmistificar e promover a elaboração psíquica dessa mãe, figura feminina potencialmente dotada de um filho com dois pais... Afinal, a presença da figura paterna estava correlacionada a uma relação minimamente equilibrada com o filho adotivo, expressa também na relação com a equipe de saúde.



Referências Bibliográficas

DERRIDA, J.(2001). *Estados-da-alma da psicanálise: O impossível para além da soberana crueldade*. São Paulo: Escuta.

FREUD, S.(1914). “À guisa de introdução ao narcisismo”. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente in *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, V.1, Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____.(1931). “Sexualidade Feminina” in *Edição Standard das Obras Psicológicas Completa de Sigmund Freud (ESB)*,V.XXI.Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____.(1933). “Feminilidade”. Novas conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXIII. in *ESB*, V.XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes, 2^a ed., 1999.