



UMA FAMÍLIA DISTINTA: MULTIPARENTALIDADE NUMA HISTÓRIA “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 na UTI Neonatal do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). 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. 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*. 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 através da escuta clínica dessas 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 se apresenta nos esquemas de cuidado da(s) criança(s). Estudo 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 políticas públicas que amparam mulheres na perinatalidade, sobretudo, quando são mães de criança(s) com necessidade de cuidados médicos especiais. Pôde-se constatar que a estrutura

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.



hospitalar para a maternidade de alto-risco do HUPE 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 no Núcleo Perinatal, 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 no HUPE, mas criar outro espaço para receber integralmente também os filhos pequenos quando a família não tem condições, como ocorre por exemplo em instituições hospitalares na França³.

É importante ressaltar que trabalhávamos numa maternidade de alto risco universitária e pública tida como referência em todo Estado do Rio de Janeiro. Nesse sentido, é em busca de excelência que se designam as demandas de melhoria na estrutura do Núcleo Perinatal, dirigida pelos esforços dos profissionais que lutaram pela efetivação da unidade em prol da saúde materno-infantil⁴. Como parte desse esforço, desenvolvemos essa pesquisa-intervenção, em que nos propusemos a oferecer atendimento psicanalítico em diferentes estágios da perinatais, pois não havia uma quantidade de psicólogos suficientes no hospital para atender todos os setores do Núcleo

² Em diversas circunstâncias, algumas mães imploravam para que deixássemos trazerem seus filhos pequenos para ficarem 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 acentuadamente críticos foi permitido que uma ou outra criança permanecesse no quarto de mães 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.

⁴ Não cabe relatar em detalhes aqui, mas foi uma longa luta política para a construção e abertura do Núcleo Perinatal, que ficou fechado por dois anos depois de pronto (2004-2006), na Era Rosinha-Garotinho, arrastando-se até 2008 a substituição de contratos-precários por servidores concursados.



Perinatal, nem tampouco do HUPE como um todo, pois os psicólogos da Saúde Mental e Psicologia Médica da qual fazíamos parte eram reduzidos diante da enorme e crescente demanda.

Então a pesquisadora Luciana Brasil de Oliveira, também idealizadora do projeto, passou a atender no ambulatório de *follow up* da UTI Neonatal, enquanto a equipe de *staff* atendia outros setores do Núcleo. 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 e por nossa pesquisadora. 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 análise. Outras, foram atendidas pontualmente, em situações-limite, quando traziam problemas psicossociais crítico 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, que apesar de não ser relativo à situação de extrema precariedade sócio-econômica - já que o bebê foi “adotado” (ou melhor, foi pego para ser criado) - , apresenta peculiaridades que fazem pensar na abertura para novos arranjos familiares, num contexto de transformação e de rompimento com determinados estigmas. Ao invés da ausência paterna, havia uma situação paradoxal, ora de excesso, ora de ausência-presença, num jogo entre visível e invisível, com sérios percalços em relação à parentalidade. De certo modo, o trabalho analítico que vem sendo feito com a mãe adotiva, tem promovido 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 levou à uma situação de adoção não legalizada. De certo modo, a adoção não foi nem tampouco escolhida conscientemente, tendo ocorrido mais por um impulso de salvação e de caridade da vizinha. 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 José. 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 um ano após o nascimento de José, 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, Vadinho ia diariamente ao hospital e cuidava do filho mais velho. Clara, a filha de 1 ano passou a ser criada pela avó paterna. A avó materna se eximiu dos cuidados. E, por inusitado que seja, a vizinha do mesmo andar passou a acompanhar o bebê recém-nascido na UTI Neonatal durante a internação, já que ninguém da família biológica estava disponível para isso. No momento da alta médica, levou-o para casa, até que a mãe biológica se curasse, o que de fato não aconteceu, tendo se configurado um caso de adoção contingente.

Assim, 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 dois filhos, membro de uma família estruturada de classe média de um bairro da zona norte do Rio de Janeiro. Começou a cuidar de José desde a internação (o bebê sofrera hipóxia no parto) pois não havia outra pessoa responsável para substituir a mãe biológica. Flor acabou se afeiçoando à criança e levando-a para sua casa. A decisão não foi pensada, nem tomada de comum acordo com seu marido, Teodoro. Ela simplesmente chegou com o bebê em 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. Segundo Flor, Vadinho sempre afirmava: “Filho meu eu não dou!”. Entretanto, fato contraditório, ele não assumiu a criação de José. Segundo Flor, acrescenta-se que José é tratado de modo diferenciado pela família biológica, talvez com menos carinho, certamente com menos atenção pelo pai Vadinho. De todo modo, José tem ligação fortíssima com a família biológica, principalmente com a irmãzinha, apenas um ano mais velha, a qual é cuidada pela avó paterna.

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 José, pois gritavam entre si, não tinham horários, a casa era uma bagunça e, mesmo assim, José 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 José. Tal aspecto era permeado pelo temor de ser ou não aceita por José enquanto mãe, e, ainda, pelo fantasma de ter seu filho “tomado” pela 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 já fazia muito em criar José. Ela sofria também por ver que o pai Vadinho, trancafiava-se no quarto e ficava fumando maconha, 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, de certo modo agregada, pois virava e mexia o filho mais velho de Vadinho pedia coisas para Flor, dinheiro, lanches, etc; e ela também muitas vezes cuidava da menina mais nova, Clara, comprava-lhe roupas, etc). Era como se Flor fosse a grande “mãe” de todos, embora sofresse por não conseguir se esquivar dos pedidos, encomendas e demandas que vinham tanto de sua família quanto da família biológica do bebê adotado.

A terapia analítica foi importante para ajudá-la a estabelecer novos posicionamentos subjetivos. Isso ocorreu através da tomada de consciência, na medida em que se trabalhava 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 ia conseguindo 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. Ainda sofre por perceber que o pai biológico possui barreiras no trato com seu adorado bebê adotivo. Não obstante, está bem mais segura de sua função de mãe, na medida em que pôde ser acentuado o sentimento de que é amada por José, 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. Há momentos em que retorna a angústia acerca da pertinência de sua maternidade. Por exemplo, quando precisa de documentos para inscrever o filho na escola. Então, acaba chamando o pai biológico a seu contragosto para cumprir com a responsabilidade jurídica sobre o filho perante as normas sociais. Flor e Vadinho levam uma relação cordial, mas na verdade há muita dificuldade de comunicação entre ambos, sobretudo no que tange às conversas mais aprofundadas, sobre os conflitos e destinos de José.

Hoje, José tem 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. Mesmo com a pesquisa já concluída, continuei a prestar atendimentos clínicos a ela, em caráter assistencial. Atualmente, Flor já está se “posicionando” 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 José 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 de 18 anos. Até então, as portas dos quartos de seus próprios filhos ficavam trancadas para José não fazer bagunça. O menino já completou 5 anos e ainda dormia no quarto do casal adotivo, denotando certo abandono da sexualidade feminina em favor da maternidade. Algo que a paciente está em vias de elaborar...

A disponibilidade para novos arranjos parentais foi trabalhada ao longo de meses, de modo que a mãe e o pai adotivo pudessem de algum modo aceitar as "interferências" inalienáveis 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 José 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 José. 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 também acolhia José supostamente sem fazer diferenças. 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 perguntava a ela 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 José em sua própria família. Seus filhos, Joana de 24 anos e Bruno de 18 anos chegaram 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 plenitude do prazer de cuidar (Winnicott, 1999). Ela tem na maternidade de José 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. 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. Vadinho, por sua vez, ocupava um lugar estigmatizado, de maconheiro incapaz de criar sozinho os próprios filhos, apesar de contribuir com o sustento de José, 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*. Ainda há muito a relatar e analisar sobre esse caso, principalmente porque o trabalho clínico continua. 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 ruma para certa indefinição. Alguns fantasmas em relação ao amor de José e à legitimidade da parentalidade por vezes voltam à cena. Cabe 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

- BOWLBY, John. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes. 1979.
- DERRIDA, J. *Estados-da-alma da psicanálise: O impossível para além da soberana crueldade*. São Paulo: Escuta. 2001.
- FREUD, S. 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.



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

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

WINNICOTT, D. W..*Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. RJ: Imago, 2000.

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