



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
Prof.^a. DR.^a. MARIA CONSUÉLO PASSOS

POLYANA FERNANDES VALDEVINO DA SILVA

**OS DESDOBRAMENTOS DA SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA NA
CONSTITUIÇÃO DE UMA MATERNIDADE**

Recife
2023

POLYANA FERNANDES VALDEVINO DA SILVA

**OS DESDOBRAMENTOS DA SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA NA
CONSTITUIÇÃO DE UMA MATERNIDADE**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na
linha de pesquisa de Psicopatologia Fundamental
e Psicanálise apresentado ao Programa de Pós-
graduação em Psicologia Clínica da Universidade
Católica de Pernambuco.

Recife

2023

S586d Silva, Polyana Fernandes Valdevino da.
Os desdobramentos da síndrome congênita do vírus Zika na
constituição de uma maternidade / Polyana Fernandes Valdevino
da Silva, 2023.
82 f.

Orientadora: Maria Consuêlo Passos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia. Clínica. Mestrado em
Psicologia Clínica, 2023.

1. Psicanálise. 2. Maternidade. 3. Zika vírus. 4. Psicopatologia
I. Título.

CDU 159.964.2

Pollyanna Alves - CRB4/1002



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE
POLYANA FERNANDES VALDEVINO DA SILVA

OS DESDOBRAMENTOS DA SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA NA
CONSTITUIÇÃO DE UMA MATERNIDADE

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª. DR.ª. ISABELA LEMOS ARTEIRO – EXAMINADORA EXTERNA

Prof.ª. DR.ª. PAULA CRISTINA MONTEIRO DE BARROS – EXAMINADORA
INTERNA

Prof.ª. DR.ª. MARIA CONSUÊLO PASSOS - ORIENTADORA

Recife

2023

Para minha mãe, Fátima Fernandes.
Foi o seu amor que me trouxe até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por minha vida, por minha saúde e pela chance de realizar esse grande sonho.

Agradeço à minha família, em especial a minha avó Judilita Fernandes, a minha mãe Fátima Fernandes, a minha irmã Fabiana Fernandes e a minha prima Kátia Fernandes. Estas mulheres me constituíram como sou e estiveram presentes em todos os momentos de escrita desta dissertação. Minha avó e minha mãe, as quais herdei o desejo pelas palavras, foram as primeiras pessoas a apostarem na realização dos meus sonhos. Minha mãe, luz da minha vida, agora me olha do céu e assim, ilumina meus dias mais sombrios. Obrigada mainha, por ter dado significado à palavra mãe. Por você, tenho continuado.

Agradeço a Miguel Torquato, meu companheiro, pela insistência em me fazer acreditar que este caminho poderia ser meu. Seu amor generoso, por muitas vezes, foi minha fonte de alegria e de esperança. Obrigada pela oferta de um ambiente suficientemente bom para a gestação deste filho.

Agradeço ao meu avô Paulo Batista, ao meu pai Genival Valdevino, aos meus sogros Luiz Carlos Cavalcanti e Abigail Torquato, pelo encorajamento, incentivo e apoio. Agradeço também ao meu enteado Luiz Carlos Torquato, pela torcida, por vibrar e por comemorar comigo minhas vitórias.

Agradeço à CAPES/CNPQ, pelo fomento desta pesquisa sem o qual não seria possível realizá-la.

Agradeço aos docentes do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco pela partilha do conhecimento.

Agradeço, em especial, à Consuelo Passos, pelas suas orientações e pela compreensão em aceitar aquilo que me foi possível. Sua gentileza possibilitou a continuidade deste trabalho.

Agradeço à Paula Barros, pelo cuidado, ao longo desta trajetória, desde o processo seletivo até a conclusão desta dissertação. Agradeço pelo acolhimento, pela presença gentil através das palavras, dos gestos e das sutilezas. Você trouxe muita vida a esse trabalho.

Agradeço a Isabela Arteiro, pela disponibilidade em fazer parte desta pesquisa como avaliadora. Seus trabalhos sobre maternidade perpetuaram e foram fontes de inspiração. É uma alegria contar com suas considerações.

Agradeço ao Pe. Bráulio, à Comunidade Deus Altíssimo e a Paróquia de Santa Luzia – Palmares/PE. Nos momentos em que a motivação não se fazia presente, as preces e as orações a mim endereçadas reconstituíram minha fé e minha esperança.

Agradeço aos meus amigos, aos que escolhi como família. Vocês que são muitos e cada qual tem sua importância na minha vida, agradeço ao zelo e ao cuidado e, principalmente, pela compreensão nos momentos de ausência. Sem vocês, a vida não teria o mesmo brilho.

Com o coração repleto de gratidão, agradeço de forma singular a duas amigas queridas, que o mestrado me presenteou, Quézia e Jessyca. Encontros como esse mudam vidas e não posso acreditar que seja por acaso.

Os fatos são sonoros.
Mas entre os fatos, há um sussurro.
É o sussurro que me impressiona.
Clarice Lispector, A hora da Estrela

RESUMO

Os estudos sobre maternidade há tempos se presentificam em teorias psicanalíticas. Inicialmente, sob a ótica do intrapsíquico, Freud postulou o fenômeno como saída para o feminino, centralizando a questão edípica. São autores pós-freudianos, como Winnicott que se dispõem a perceber as nuances das relações inaugurais entre mães e bebês e assim, configurar um novo esquema conceitual e teórico no campo psicanalítico. A partir da premissa em que as relações primárias são constituintes na oferta de um ambiente suficientemente bom, esta pesquisa teve como objetivo geral discutir os desdobramentos da síndrome congênita do vírus zika na constituição de uma maternidade. Por se tratar de uma pesquisa em psicanálise, foi empreendido um estudo teórico-clínico, no qual se faz presente o movimento da pesquisadora em sua prática clínica a partir um caso atendido em um centro de referência especializado em assistência social de um pequeno município de Pernambuco. Assim, a psicanálise convocada por sua dimensão ético-política torna-se instrumento para discutir a problemática evidenciada pelo contexto de vulnerabilidade, do qual as famílias afetadas pela síndrome congênita do vírus zika estavam inseridas. Sustentando a hipótese que diante de um diagnóstico sindrômico ainda desconhecido e pouco esperançoso produz ressonâncias em uma relação primitiva, em que se encontram mãe-bebê, a psicanálise é trazida como sustentação possível para as potencialidades desta relação. Ao passar de sete anos, após o início do cenário epidêmico, é tempo de oportunizar a visibilidade dos enredos familiares, visto que as problemáticas das relações ainda se perpetuam.

Palavras-chave: Maternidade. Psicanálise. Síndrome congênita. Zika vírus.

ABSTRACT

Studies on motherhood have long been present in psychoanalytic theories. Initially, from an intrapsychic viewpoint, Freud postulated the phenomenon as resolution for the feminine, centralizing the Oedipal subject. It is post-Freudian authors, such as Winnicott, who are willing to perceive the nuances of the inaugural relations between mothers and babies and thus, configure a new conceptual and theoretical scheme in the psychoanalytic field. Based on the premise that primary relationships are constituents in the provision of a good enough environment, this research aimed to discuss the consequences of a diagnosis of the congenital Zika virus syndrome in the establishment of a maternity hospital. As this is a research in psychoanalysis, a theoretical-clinical study was undertaken, where the researcher's progress in her clinical practice in a social services reference center specialized in social assistance in a small municipality in Pernambuco. Psychoanalysis called for by its ethical-political dimension becomes an instrument to discuss the problem highlighted by the context of vulnerability, in which the families affected by the congenital Zika virus syndrome were inserted. Supporting the hypothesis that a syndromic diagnosis that is still unknown and not very optimistic can resonate in a primal relationship between mother and baby, psychoanalysis is brought as possible support for the potentialities of this relationship. After seven years, after the start of the epidemic scenario, it is time to provide visibility to family plots, as relationship problems still persist.

Keywords: Maternity. Psychoanalysis. Congenital syndrome. Zika virus.

SUMÁRIO

Introdução	9
CAPÍTULO 1 - Vírus zika: o lugar das mulheres diante da transmissão vertical.....	15
1.1 Notas sobre o vírus zika	15
1.2 Vírus zika: de uma manifestação clínica à uma condição congênita	18
1.3 Pernambuco como epicentro: as desigualdades sociais como agravantes de uma epidemia	22
1.4 Epidemias cruzadas: Desdobramentos da pandemia da Covid-19 na continuidade dos cuidados	26
1.5 Atualizações sobre zika: panorama atual	28
CAPÍTULO 2 - Como ser suficientemente boa se não me deixam ser mãe?.....	31
2.1 “Eu estou tentando”.....	32
2.2 Uma concepção freudiana acerca da maternidade	35
2.3 Uma mãe no imaginário social.....	38
2.4 A constituição de uma mãe a partir de Winnicott	45
CAPÍTULO 3 – Para além de uma mãe: o ambiente e o seu papel de sustentação	53
3.1 Um pai que sustenta	54
3.2 O saber científico enquanto invasor do ambiente	58
3.3 A psicanálise como uma sustentação possível	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
Referências	72

INTRODUÇÃO

O Estado de Pernambuco, no ano de 2015, foi o epicentro da epidemia do vírus zika, que despertou preocupação nacional e internacional, pelos dados alarmantes de notificações de crianças nascidas com microcefalia, condição congênita onde o cérebro do bebê não é desenvolvido completamente e o perímetro cefálico apresenta-se menor do que o esperado para a idade gestacional. No momento inicial, não havia embasamento científico prévio, que justificasse as alterações congênitas destes bebês. Ademais, tornava-se difícil prever quais as expectativas de desenvolvimento destas crianças.

As primeiras descobertas levaram a conclusão de que as complicações congênitas apresentadas pelos bebês decorriam do contágio da mãe pelo vírus zika durante a gestação. A Organização Mundial de Saúde considerou este evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em decorrência desta classificação, uma série de protocolos e de recomendações foram lançadas, principalmente às mulheres em idade reprodutiva e gestantes. Os veículos de comunicação noticiavam que aquele não era o momento ideal para se ter um filho, tendo em vista a precariedade de informações científicas a respeito desta nova síndrome. O uso de repelentes passou a ser recomendado durante toda a gestação. O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ofertá-lo para as gestantes. Contudo, ao que se sabe sobre desigualdade social no Brasil, estes produtos não foram acessados igualmente por todas as mulheres. Além disto, há falhas no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, nos quais as estratégias de planejamento familiar não alcançavam muitas das mulheres em situação de risco, que protagonizavam um corpo marcado pela descoberta da transmissão vertical do vírus zika.

Um dado significativo das famílias com bebês sindrômicos é que, majoritariamente, trata-se de núcleos em situação de vulnerabilidade social. Muitos destes, sem saneamento básico, assistência em saúde precária e em condições de moradia deficitárias. O enquadre social das famílias por si só já se configura uma violação dos direitos essenciais preconizado pela Constituição brasileira. Este era, inclusive, o entorno de um caso clínico que se apresentava à pesquisadora, enquanto psicóloga do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) de um pequeno município do estado de Pernambuco. O CREAS sendo um serviço especializado ligado à secretaria de assistência social oferta atendimento a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal ou social, através de violações de direitos que necessitam de intervenções especializadas da proteção social especial (Brasil, 2011).

Apenas uma criança fora diagnosticada com síndrome congênita decorrente do vírus zika naquele município, com população estimada em 14.725 habitantes. A chegada desta família ao CREAS decorre de uma denúncia anônima em que a mãe era acusada de negligenciar os cuidados com sua filha. Segundo a denúncia, a mãe faltava as consultas médicas agendadas e de forma recorrente, negava-se a atender as equipes municipais de saúde, como enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e as equipes da assistência social responsáveis pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), órgão capacitado ao fornecimento de serviços de proteção social básica, como programas de segurança alimentar e de transferência de renda (Brasil, 2009).

O conselho tutelar foi o primeiro órgão a abordar e a encaminhar mãe e filha para o CREAS, visando um acompanhamento especializado, com a equipe multiprofissional, sendo esta composta por psicólogo, assistente social e advogado. Pelo caráter da denúncia que se refere à um menor de idade, os órgãos de garantia de direitos (Conselho Tutelar, Vara da Infância e Adolescência e Ministério Público) incorporam o entorno da família, que passa a ser acompanhada pela rede de proteção à criança.

Enquanto psicóloga, estava sob minha atribuição atuar conjuntamente à rede socioassistencial nos casos que envolviam violações de direitos. A psicologia junto à interdisciplinaridade do CREAS comumente não é focada no atendimento sistemático individual, mas promove escutas qualificadas acerca das demandas psíquicas e sociais em torno das famílias em situação de vulnerabilidade. As famílias são percebidas de forma singular e com potencialidades para o encontro de alternativas que objetivem a superação das violações de direitos. Desse modo, são preservados seus lugares, enquanto sujeitos e não objetos da ação do outro. Segundo a recomendação do Conselho Federal de Psicologia (2012), o desafio junto à assistência social é que a psicologia deva construir respostas diferentes, considerando as especificidades do território de origem do usuário e que contribua para melhoria das suas condições de vida. Assim, a partir do lugar de psicóloga, mas fundamentada em uma prática psicanalítica, era inviável pensar no sujeito sem as marcas do social. Em uma comunidade vulnerabilizada, massacrada por violações de direitos, era preciso problematizar e “transpor a psicanálise para a comunidade” (Freud [1929] 1977, p. 169).

Fundamentada pela escuta psicanalítica, ocorreu-me que algo da dinâmica da relação mãe-bebê, em um contexto tão particular quanto a realidade de uma criança atípica, poderia estar sob o domo de um olhar puramente técnico, por parte das equipes multidisciplinares responsáveis por aquele caso. O encontro com a mãe fortalece esse pensamento, já que a mesma externaliza sua insatisfação às massivas intervenções realizadas pelos profissionais. Deparo-me

com a reflexão de como propor cuidado sem ser intrusiva em uma relação materna ainda tão rudimentar.

Pela particularidade do contexto em que a síndrome congênita do vírus zika se instala, as intervenções técnicas, embasadas no discurso médico-científico, fazem-se necessárias para manter a sobrevivência do bebê, tendo em vista que orientações gerais sobre manejo de cuidados básicos asseguram condições mais favoráveis diante de um prognóstico pouco esperançoso. Contudo, se não há um recuo por parte dos técnicos, a mãe pode manter uma relação de estranheza com o cenário que se instala e sentir-se impotente no decorrer dos cuidados com o seu filho. Sabendo que a dinâmica inaugural do encontro mãe-bebê é algo imensamente vasto, fez-se necessária a busca de subsídio teórico, que permitisse explorar o caso que se apresentava em minha prática clínica. Afinal, as hipóteses já haviam sido anunciadas, impulsionando, assim, um desejo de saber mais sobre o fenômeno que me era apresentado.

A psicanálise, desde a obra freudiana, ocupou-se em investigar as reverberações do lugar da mãe na constituição psíquica do sujeito. Em um primeiro momento, evidenciando o lugar dos desejos e das fantasias inconscientes, propôs a pensar sobre os processos intrapsíquicos que envolvem os primeiros momentos da vida de um bebê. Porém, Winnicott, além de outros autores pós freudianos, é quem se dedica às especificidades desta relação primária.

Observando os primeiros tempos da vida de um bebê, Winnicott revela um aspecto fundamental para a constituição do seu amadurecimento: um ambiente facilitador. Este ambiente inicial que poderá ser representado por uma mãe, ofertará seu colo e seus cuidados contínuos sendo capaz de fornecer, sustentar e facilitar os processos de amadurecimento. Winnicott afirma que um ambiente suficientemente bom é capaz de possibilitar ao bebê “alcançar satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes a cada etapa” (Winnicott, 1956/2021, p. 494).

Desse modo, se o bebê necessita de um entorno que o nomeie e o identifique como pertencente àquele grupo de pessoas, para seu desenvolvimento saudável, como uma mãe pode ofertar/ser um ambiente suficientemente bom vivendo os impasses do quadro sindrômico apresentado pela sua filha?

Este questionamento, que se perpetuou desde o início do acompanhamento do caso, deu origem a esta pesquisa, que teve como objetivo geral discutir os desdobramentos da síndrome congênita do vírus zika na constituição de uma maternidade. Partindo disto, foram traçados os seguintes objetivos específicos: apontar o contexto da epidemia do vírus zika e o seu

desencadeamento nas famílias dos bebês síndrômicos; discutir sobre maternidade, com enfoque nas relações inaugurais; explanar sobre o papel do pai e da psicanálise, como ambiente de sustentação da relação mãe-bebê.

A especificidade do trabalho em discutir sobre a maternidade não atrela às mulheres a exclusividade da função. Contudo, pelas nuances do caso apresentado, os objetivos propostos pela pesquisa e pela caracterização destas como, majoritariamente, as principais cuidadoras dos bebês síndrômicos, deu-se por necessário o recorte da maternidade e não o da parentalidade.

Embora se trate de uma pesquisa de natureza teórica, serão apresentados recortes da prática clínica da pesquisadora no caso supracitado. Para isto, será utilizada a memória da analista, entendendo que este conteúdo está entrelaçado pela relação transferencial. Portanto, como método, utilizamos a abordagem teórico-clínica presente na psicanálise, como ferramenta de construção e dispersão de conhecimento, em que, segundo Laplanche (1987), consiste em problematizar e interpretar textos psicanalíticos a partir de sua leitura minuciosa. Assim, a psicanálise convocada por sua dimensão ético-política torna-se instrumento para discutir a problemática evidenciada pelo contexto do qual as famílias afetadas pela síndrome congênita do vírus zika estavam inseridas.

As vinhetas clínicas citadas foram retiradas do caso clínico acompanhado em um serviço de referência especializado em assistência social. Entendendo a complexidade em que o caso se manifestou com outros atores em cena que, devido à caracterização de um trabalho em rede, não compreendiam a dinâmica de uma ética em psicanálise, percebi a importância em realizar a supervisão do mesmo. É nesse momento que o caso assume um novo lugar, um lugar do qual eu também fui alcançada, enquanto analista, um lugar que me despertou o interesse no embasamento teórico, o qual montou a trajetória para a estrutura da presente pesquisa.

Até os dias atuais, os casos clínicos publicados por Freud produzem instrumentos para pensar nos fundamentos da clínica. A teoria, o método e a técnica partem daquilo que é individual do caso para produzir conhecimento teórico. A descrição e a narrativa perpassam a relação transferencial, que fundamenta uma ficção, colocando o pesquisador como fator fundamental a ser considerado (Dunker et. al, 2002).

Rosa (2002) pontua que a especificidade de uma escuta clínica, em uma situação de pobreza extrema e exclusão social, deve percorrer a detecção das sutis malhas da dominação diante de um modelo econômico neoliberal. A partir disto, poderá elucidar alguns efeitos subjetivos e assim articular um lugar de reinvenção. A clínica convoca o analista a tensionar a presença do sujeito no laço social a partir de sua produção discursiva. Desse modo, a psicanálise segue uma lógica diferente daquela em que há posse de uma verdade a partir de uma relação

pedagógica sugestiva, da qual se exclui a possibilidade do sujeito construir suas próprias respostas. Nesse sentido, a intervenção psicanalítica reivindica o lugar daquela mãe, que fora silenciada por um discurso vertical, que lhe atribui uma posição de ignorância, em decorrência do conhecimento da ciência médica.

Não cabe nesta pesquisa realizar um estudo de caso, com as particularidades que o convém, mas para fazer dobradiça entre o que se mostra singular daquela relação mãe-bebê com a teoria psicanalítica winnicottiana. Escrever sobre a clínica é transpor o fenômeno analítico para um outro objeto. O escrito analítico é para além de uma transcrição sintomatológica ou um relato minucioso de cada passo dado pelo analista e analisando (Mezan, 1998). Nesse sentido, aqui, a escrita assume uma posição de invenção-criação.

No primeiro capítulo, serão abordados os aspectos ligados à epidemia do vírus zika. Esta que fora narrada por veículos de comunicação nacionais e internacionais, por pesquisadores em comunidades científicas, ao redor do mundo, por antropólogos e sociólogos, será trazida ao debate para introduzir o cenário emergencial do qual as famílias foram inseridas, a partir do diagnóstico dos seus bebês. Neste recorte da pesquisa, foram contemplados dados epidemiológicos, pesquisas etnográficas e um panorama atual sobre as crianças, atualmente com a faixa etária de 05 a 06 anos. Vale salientar que foi empreendido um tópico com finalidade de abarcar o cenário da COVID-19 e sua reverberação nos cuidados continuados às crianças.

No segundo capítulo, fora produzido um estudo sobre ambiente e maternidade, partindo de um recorte clínico, em que se convoca o contexto da síndrome congênita do vírus zika para pontuar algumas dificuldades enfrentadas por uma mãe ao se constituir como tal. Iniciaremos convocando pontuações da teoria freudiana, para pensar sobre o feminino, como ponto de partida da psicanálise, para o que se destina à especificidade dos estudos posteriores sobre maternidade. Para entender o imaginário social em que a mãe é percebida, faremos um passeio histórico sobre os lugares ocupados pelas mulheres, em torno do fenômeno da maternidade, tendo em vista que a cultura exerce o poder do discurso sobre o que se espera de uma mãe. Para finalizar, trouxemos uma explanação sobre a teoria de Winnicott, da qual se debruça sobre o ambiente, retratando os primeiros tempos da dinâmica mãe-bebê.

Por fim, no terceiro e último capítulo, entendendo que o ambiente mãe necessita de quem o sustente, foi discorrido sobre a função paterna, trazendo contribuições de pesquisas direcionadas às famílias com crianças com síndrome congênita do vírus zika. A partir disto, explanou-se sobre a intrusão do ambiente mãe, a partir do discurso científico, sendo este o que se sobrepõe ao seu próprio saber. Entendendo a psicanálise como um recurso possível de sustentação do ambiente, finalizamos com a contribuição da mesma.

Sendo assim, esta pesquisa contribui para o campo teórico-clínico, ao perceber a psicanálise implicada com questões sociais latentes, que envolvem a maternidade. Além disso, propõe refletir sobre o discurso médico, enquanto operador da lei, e as intervenções instrutivas e pouco assertivas das equipes multiprofissionais, que bordeavam o caso clínico apresentado e que, por vezes, equivocadamente, culpabilizavam a mãe. Ainda que sete anos após o início do cenário epidêmico, que apresentava tantas lacunas sobre sua patogenicidade, é tempo de oportunizar a visibilidade dos enredos familiares que, durante os momentos iniciais, estiveram sob os holofotes da ciência e dos veículos de comunicação. Mas que, hoje, parecem esquecidos em informes epidemiológicos ultrapassados.

CAPÍTULO 1 - VÍRUS ZIKA: O LUGAR DAS MULHERES DIANTE DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Os primeiros momentos

As primeiras matérias sobre os altos índices de bebês nascidos com o perímetro cefálico menor do que o esperado surgiram nos últimos meses de 2015. Os canais nacionais de comunicação apresentavam notícias impactantes e urgentes diante das demandas daquelas famílias que se deparavam com um cenário de incertezas.

O Brasil assistiu a uma matéria do Jornal Nacional, da TV Globo, de 30 de novembro de 2015, que noticiava um aumento em 70% dos casos de microcefalia em apenas uma semana. Um recorte geográfico chama atenção de imediato: evidentemente, a maioria dos casos de recém-nascidos com microcefalia encontravam-se na região Nordeste do Brasil. Como nordestina, pernambucana e mulher, em idade reprodutiva, passei a me questionar sobre a falta de informações precisas. Os dados eram impossíveis de referenciar o sofrimento daquelas mães e mulheres moradoras da minha região, que haviam se tornado estatística.

Impossível prever, naquele momento, que em menos de um ano, após assistir a esta notícia, estaria participando de um evento organizado pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco, em que eram treinadas equipes multiprofissionais dos Núcleos de Assistência em Saúde da Família (NASF), para o acompanhamento das crianças com diagnóstico de Síndrome Congênita associada à infecção pelo Vírus Zika (SCZ).

Porém, para entender o que havia acontecido, precisaremos retomar a discussão para um período anterior, no cerrar de 2014, no qual uma nova doença se alastrava nos estados da Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco. Com sintomas leves e passageiros, o vírus zika havia despertado a atenção de epidemiologistas.

1.1 Notas sobre o vírus zika

O vírus zika trata-se de uma arbovirose, transmitida por meio do vetor *Aedes aegypti* que, de maneira geral, não ameaça a vida daqueles indivíduos que se contaminam. Os sintomas são considerados leves, a saber: febre; edemas periarticulares; exantema maculopapular (manifestações cutâneas comuns em doenças infecciosas) e/ou hiperemia conjuntival, e seus efeitos comumente duram de 2 a 7 dias (Brasil, 2016).

O mosquito-vetor, já conhecido pela política de saúde do Brasil desde o século XX, desafia, ainda hoje, as estratégias para sua eliminação e controle, o que leva a população a crer que adoecer de uma arbovirose em decorrência da picada deste inseto doméstico é algo familiar. A maioria dos arbovírus, vírus passíveis de transmissão inter-humana, através da picada de artrópodes, pertencem aos gêneros *Flavivirus*, *Alphavirus* ou *Orthobunyavirus*. O vírus zika é um arbovírus do gênero flavivírus, que abrange mais de cinquenta outras espécies de vírus, incluindo, por exemplo, a febre amarela, doença já conhecida por muitos brasileiros (Brasil, 2017).

O crescimento desordenado das cidades, o fluxo migratório rural-urbano, as precárias condições de saneamento básico propiciam a proliferação do vetor. A sua presença é notificada, principalmente, em países tropicais e subtropicais, tendo o clima como fator favorável para sua multiplicação. Em 1955, o Brasil participou da erradicação continental do *Aedes aegypti*, extinguindo o último foco do mosquito, sendo este na zona rural do município de Santa Terezinha, Bahia. Em 1967, confirmou-se a reintrodução do mosquito no país, no estado do Pará e dois anos depois, no estado do Maranhão. Em 1973, novamente o vetor foi considerado erradicado do país. Entretanto, em 1976, em função de falhas na vigilância, associado aos fatores supracitados, são confirmadas novas infestações nos estados do Rio Grande do Norte e do Rio de Janeiro (Braga & Valle, 2007). Quase meio século depois, o *Aedes aegypti* ainda está entre nós. Atualmente, agindo como o vetor da dengue, chikungunya e o vírus zika.

Segundo Löwy (2019), a primeira descrição sobre zika é reportada ao ano de 1947, pelo entomologista escocês Alexander Haddow (1912-1978). O novo vírus recebeu este nome devido à floresta da qual foi encontrado, em Uganda, que na língua local significa “coberto de ervas” ou “muito crescido”. Porém, somente em 1954 são registradas as primeiras publicações e oito anos depois, em 1962, a primeira descrição completa de infecção humana provocada por ele.

Nas décadas seguintes, a disseminação do vírus zika foi silenciosa e contida. Há relatos de episódios de adoecimentos esporádicos na África e na Ásia, como uma doença febril, que comumente não se agravava. Não obstante, em 2007, uma variante asiática produziu uma enorme epidemia, em uma pequena ilha do pacífico, com média de 11 mil habitantes. Uma contaminação maciça de doentes, com erupção cutânea e febre moderada. Especialistas e pesquisadores interessados em arbovírus discutiram tal evento de forma restrita, sem torná-lo um problema global de saúde pública (Albuquerque, et al.). Mas foi entre março de 2013 e setembro de 2014 que, na Polinésia Francesa, uma epidemia de zika foi registrada com uma possível complicação grave em decorrência da contaminação. Naquele período, a síndrome de

Guillain-Barré apresentou uma incidência vinte vezes maior do que esperada (Oehler et.al, 2013), o que indicava que o vírus poderia ter um potencial em causar danos neurológicos.

A síndrome de Guillain-Barré é uma paralisia de muitos músculos no corpo e está relacionada a infecções por bactérias do gênero *Campylobacter* e por vírus como citomegalovírus, influenza e HIV. Esta paralisia pode durar vários meses e, em alguns casos, levar à morte. Os testes sorológicos e de biologia molecular atuam no diagnóstico da infecção, porém seus custos, relativamente caros, contribuem para uma subnotificação epidemiológica. Pesquisadores da Polinésia Francesa, ao isolarem o zika nas secreções de pessoas infectadas – sêmen, saliva e urina – perceberam que sua transmissão também poderia ser sexual, o que justificaria a transmissão rápida e sem precedentes da epidemia de zika na região (Löwy, 2019).

No final de 2014, as emergências dos hospitais da região do Nordeste brasileiro receberam multidões com manchas na pele e dores no corpo, que aparentemente não se classificavam como dengue ou chikungunya. Os primeiros médicos a receber estes pacientes, com a sintomatologia conhecida inicialmente como *dengue fraca*, foram de regiões com escassez de recursos médicos e laboratoriais. Os encontros e desencontros entre médicos da assistência e cientistas de laboratório movimentaram meses de conversas, a fim de procurar comprovações ou refutar a hipótese de contaminação com vírus zika. Os médicos “*beira de leito*”, como chamados por Débora Diniz (2016) em seu livro *Zika: do sertão nordestino à ameaça global*, fruto de sua temporada no Nordeste acompanhando o contexto endêmico, foram os primeiros a identificar a possibilidade de ser um novo vírus e, posteriormente, este mesmo grupo de médicos associara a microcefalia à tal evento endêmico.

Em abril de 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil inclui o zika em seu monitoramento de doenças exantemáticas, (produtoras de erupção cutânea). A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) emitiu um alerta constatando a presença do zika na região Nordeste e, em meados deste mesmo ano, o vírus zika foi detectado em todos os estados da região. Na nota informativa nº 6/2015 (Brasil, 2015a), o Ministério da Saúde lança um informe no qual faz referência aos primeiros achados de pesquisadores da Universidade Federal da Bahia da identificação do vírus por meio da técnica de RT-PCR, em oito de 25 amostras testadas, todas elas provenientes da região de Camaçari/Bahia.

Até hoje, é desconhecido como o vírus zika chegou ao Brasil, mas há indícios de que os eventos esportivos ocorridos no ano 2013 e 2014 possam ter oportunizado sua entrada. Naqueles anos, o Brasil foi sede da Copa do Mundo, porém, nenhum país endêmico para o vírus zika competiu no torneio. No mesmo ano, o Rio de Janeiro sediou o campeonato mundial de canoagem, quando equipes da região do pacífico competiram. Uma terceira possibilidade

levantada pelos cientistas é a de que no período da Copa das Confederações, a presença da equipe do Taiti, que jogou na Arena Pernambuco, em junho de 2013, justificaria o epicentro da manifestação viral posteriormente. O estudo da filogenética do vírus reconhece a origem asiática da cepa brasileira, porém ainda há incertezas quanto a sua origem e chegada ao Brasil.

Ainda assim, um ponto importante deve ser levado em consideração. O mosquito-vetor sempre esteve entre nós. Como, portanto, uma doença cotidiana torna-se geradora de tanta angústia para mulheres em idade reprodutiva?

1.2 Vírus zika: de uma manifestação clínica à uma condição congênita

Retratar o segundo momento da epidemia do vírus zika, inaugura nossa discussão sobre a microcefalia que, posteriormente, agregado a outros sintomas, receberia a nomenclatura de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika (SCZ).

No cenário inicial, não houve associação da contaminação do vírus à condição congênita em que os recém-nascidos apresentavam em dados alarmantes. O que se via eram crianças nascendo com o perímetro encefálico menor do que o esperado e com severas dificuldades de desenvolvimento. A maioria das famílias eram oriundas do interior dos estados do Nordeste e em situação de vulnerabilidade social. O burburinho entre médicos, principalmente pediatras e neurologistas, sugeria que os episódios ocorridos nos distintos estados da região Nordeste não seriam fatos isolados. A nível nacional, já havia significativa expressão, mas até aquele momento a investigação não era conclusiva e o enigma epidemiológico preocupante.

Foram os médicos “*beira de leito*” (Diniz, 2016) que fizeram as primeiras associações entre o vírus zika e as más formações congênitas apresentadas pelos bebês e foram eles, também, que encontraram meios de levar esta informação para a comunidade científica. Se no ano anterior a mídia nacional e internacional não se surpreendeu com mais um evento de adoecimento em massa, em decorrência de uma arbovirose, um dano totalmente inesperado em recém-nascidos com graves déficits em seu desenvolvimento ganha a atenção do mundo. Estes médicos, que anunciaram à comunidade científica brasileira e internacional sobre os eventos recentes de adoecimento eram residentes no Nordeste, alguns, das regiões mais secas e pobres do nosso Brasil. Havia algo desse novo vírus que falava sobre geopolítica da estratificação social. Mas, isto, vamos nos deter a discutir posteriormente.

Um grupo de médicas pediatras e neuropediatras de Pernambuco, entre elas Dra. Ana Van der Linden e sua filha Dra. Vanessa Van der Linden, a primeira médica a atender uma

criança nascida com a síndrome, inaugurou uma investigação epidemiológica informal, trocando algumas impressões da ocorrência de três casos de microcefalia em um único berçário. Dra. Ana, antiga professora da Universidade Federal de Pernambuco, iniciou uma peregrinação pelos hospitais da cidade que, com ajuda de outros médicos e residentes encontraram, em uma única tarde, mais sete crianças em outro hospital. A partir disto, fora criado um fluxo de atendimento para que todas aquelas crianças fossem encaminhadas para um ambulatório que, naquele momento, tornar-se-ia especializado em crianças com microcefalia. Escutando as mães, perceberam que existia um quadro infeccioso recorrente, mas sem identificação do agente patogênico (Diniz, 2016).

Era preciso levar esta informação adiante. Foi nesse momento que o nome de Dr. Brito, epidemiologista da Universidade Federal de Pernambuco e conhecido por pesquisar os efeitos dos arbovírus em Recife, foi procurado. Ao ser informado por Dra. Vanessa sobre o ocorrido, o Dr. Brito entendeu que havia um padrão epidemiológico sendo alterado e que se encaixava com espaço temporal do adoecimento em massa do vírus zika. O quebra-cabeça começava a se encaixar. Em uma semana, o médico havia reunido 16 mulheres em um hospital de referência em gravidez de risco, que relatavam ter adoecido durante a gestação e apresentavam sintomas como: manchas, coceiras e dores no corpo. Todas associadas a alguma virose ou *dengue fraca* (Diniz, 2016).

Naquela ocasião, a equipe e as mulheres foram fotografados, sendo este o primeiro registro histórico da investigação padronizada para os casos de microcefalia. Na foto, mulheres anônimas, moradoras de diferentes cidades do estado, com roupas de maternidade, carregando seus filhos recém-nascidos no braço ou em seu ventre, mas todas ainda sem a devida consciência do que tudo aquilo significava. A este passo, tornara-se necessário envolver outros parceiros. Médicos de outros estados iniciaram também a investigação sobre os nascidos vivos, procurando pelas crianças que também pudessem apresentar as mesmas características. No Rio Grande do Norte, na cidade de Natal, em uma manhã, um médico colega de Dr. Brito, o qual estava ciente do que acontecia em Pernambuco, recebe a informação que 12 mulheres que haviam tido o vírus zika deram à luz a crianças com microcefalia. Aquela informação já era suficiente para envolver os conselhos de saúde e autoridades de saúde dos estados (Diniz, 2016). Neste cenário, a população foi apresentada à microcefalia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos

padronizados, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois (- 2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. Além disso, a OMS considera que a medida menor que menos três (-3) desvios-padrões é definida como microcefalia grave. Considera-se que a criança com microcefalia, em alguns casos, pode apresentar alteração na estrutura do cérebro e problemas de desenvolvimento. As microcefalias têm etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais (Brasil, 2015b).

Em dados apresentados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015c), até 28 de novembro de 2015, foram notificados 1.248 casos suspeitos de microcefalia, sendo distribuídos em 311 municípios e 14 estados, sendo estes: Pernambuco (646), Paraíba (248), Rio Grande do Norte (79), Sergipe (77), Alagoas (59), Bahia (37), Piauí (36), Ceará (25), Rio de Janeiro (13), Tocantins (12) Maranhão (12), Goiás (2), Mato Grosso do Sul (1) e Distrito Federal (1).

Cerca de 25 (vinte e cinco) dias após o início das investigações, o Ministério da Saúde, baseado nos números epidemiológicos e as evidências levantadas, declara estado de emergência em saúde pública (Brito, 2017). Logo após, notificou a Organização Mundial de Saúde e declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Em janeiro do ano posterior, a OMS reconheceu a relação do vírus zika com a microcefalia e em um mês depois, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (Brasil, 2016a). Em nota, o Ministério da Saúde relata que “este reconhecimento internacional deve facilitar a busca de parcerias em todo o mundo, reunindo esforços de governos e especialistas para enfrentar a situação” (Brasil, 2016b. p 1).

Enquanto Pernambuco registrava 646 casos notificados para investigação de microcefalia e no estado da Paraíba o número fora de 248, proporcionalmente considerando recém-nascidos, os estados vizinhos apresentavam picos semelhantes. Foi através de uma médica obstetra e de conversas informais em grupos de aplicativo de mensagens que os estados passam a dialogar sobre seus episódios e cada vez mais encontrar semelhanças sobre eles. Dra. Adriana Melo, especialista em medicina fetal, na cidade de Campina Grande/PB, foi a primeira médica a coletar líquido amniótico de duas pacientes do sertão do estado da Paraíba e enviar o material para Fiocruz no Rio de Janeiro. Estas duas pacientes, junto com seus companheiros, viajaram alguns dias depois para São Paulo, para que pudessem repetir os exames para uma equipe de cientistas internacionais, que analisariam as imagens de ultrassom, a fim de corroborar o resultado já conhecido. Conceição e Géssica, as pacientes acima citadas, ouviram

do médico estrangeiro, que desconhecia o idioma português, a gravidade da condição apresentada por seus bebês (Diniz, 2016).

No dia seguinte, as duas mulheres se viam sendo entrevistadas para a televisão. Em uma das entrevistas, ao canal Rede Globo, para o programa bem-estar, exibido no dia 26 de novembro de 2015, Géssica, relata a dor de receber o diagnóstico do filho, após a tão desejada gestação, enquanto Dra. Adriana, também entrevistada, sinaliza a aflição de contar à mãe que o seu bebê não está bem e que pouco se sabe sobre as dificuldades apresentadas.

Brito (2015) publicou, em dezembro de 2015, um artigo cujo título em português era “Zika vírus: um novo capítulo da história da medicina”. Nele, descreve as características que o levavam à conclusão de que a microcefalia era produzida por um agente infeccioso e que o período temporal entre o pico da epidemia de vírus zika e os primeiros casos de microcefalia eram em torno de cinco a sete meses. Não havia mais contestações. Nesse momento, com a análise do líquido amniótico das mulheres doadoras através de RT-PCR, foi comprovada a transmissão vertical da contaminação do vírus zika (Brasil, 2017).

Foi a primeira vez no mundo que o vírus zika fora identificado em líquido amniótico. Em termos científicos, esta descoberta é extremamente relevante. As publicações de artigos científicos, as matérias jornalísticas e os dados epidemiológicos alcançam a comunidade científica mundial. Enquanto as crianças iam nascendo, os médicos e pesquisadores sentiam a necessidade de formular protocolos, elaborar fluxos, informar a sociedade e estreitar laços entre a comunidade acadêmica e os profissionais técnicos.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco lança um protocolo clínico e epidemiológico para investigação dos casos de microcefalia no estado. O protocolo abrange informações sobre a microcefalia, especificando os métodos de investigação e o fluxograma de notificação e encaminhamentos dos casos suspeitos. A anamnese clínica, exame físico, tomografia computadorizada de crânio sem contraste tornaram-se os instrumentos a definir a alteração cefálica destes bebês. Caso resultasse em alterações sugestivas de infecção congênita como: calcificações, distúrbio do desenvolvimento cortical, ventriculomegalia (alargamento dos ventrículos cerebrais) e alteração parenquimatosa, o encaminhamento deveria ser imediato às equipes especializadas (Secretaria estadual de saúde de Pernambuco, 2015).

Com a presença desta sintomatologia supracitada, foi percebido que a microcefalia apresentava-se como um dos sinais sindrômicos, e a consequência desta resulta em um conjunto de atributos, como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, anormalidade auditivas e visuais, desproporção craniofacial, suturas cranianas sobrepostas, osso occipital proeminente,

excesso de pele nugal, epilepsia, irritabilidade, discinesia, hipertonia, hipotonia, hemiplegia, hemiparesia, espasticidade, hiperreflexia (Teixeira et al. 2020).

Apesar de a microcefalia ser o principal marcador da infecção intrauterina pelo vírus zika, crianças que não apresentaram microcefalia no nascimento, mas filhos de mães infectadas durante a gestação (inclusive algumas assintomáticas), podem manifestar achados clínicos, anatômicos e de imagem do sistema nervoso central semelhantes às anomalias encontradas em aqueles que apresentavam microcefalia. A partir destas evidências, foi classificado um conjunto das anomalias congênitas descritas como Síndrome Congênita relacionada ao Vírus Zika, conhecido pela sigla SCZ (Van Der Linden et al, 2016; Pernambuco, 2017).

Neste momento da exposição dos fatos, conseguimos nos aproximar profundamente da angústia dos médicos e pesquisadores em diagnosticar, mensurar os efeitos e encontrar prognósticos para o cenário de incertezas, que se instalava ao redor de mulheres grávidas e recém paridas. Naquele momento, estas mulheres e seus filhos se tornaram objetos de investigação científica.

A descoberta da transmissão vertical da contaminação do vírus zika inaugura um lugar de angústia para as mulheres gestantes e puérperas. Estas mulheres enfrentavam a difícil notícia de que algo não vai bem com o seu bebê e que, por isso, por incontáveis vezes, precisariam se deslocar das suas casas e, em muitos casos, de seus municípios para receberem o acompanhamento necessário. Aqui, os problemas já conhecidos pelos munícipes do interior dos estados do Nordeste são potencializados pela necessidade do acompanhamento dos serviços especializados. São mulheres que lutaram por transporte público, para deslocamento até as clínicas e hospitais das capitais; mulheres que se afastaram dos seus empregos, pelo fato de sua gestação ser considerada de alto risco; mulheres que enfrentaram a difícil tarefa de seguirem adiante com a gestação, quando um diagnóstico sindrômico atravessa o curso natural do desenvolvimento do seu filho. Enquanto esta dissertação fora escrita, os problemas pertinentes ao acesso aos cuidados especializados continuam sendo uma difícil realidade para as pessoas envolvidas.

1.3 Pernambuco como epicentro: as desigualdades sociais como agravantes de uma epidemia

Lowy (2019), no início de seu texto, discute questões de desigualdade, raça, classe e gênero na epidemia do vírus zika, e afirma que o mosquito é conhecido como um animal

democrático, capaz de romper fronteiras e de infectar qualquer ser humano, independentemente da idade, sexo, cor da pele e classe social. Não obstante, para isto, é necessário que haja oportunidade de tal infecção. Desse modo, se os dados apresentam prevalência maior de contaminação, em áreas de vulnerabilidade social, como encontrar estratégias de enfrentamento que sejam equânimes?

No período entre agosto a outubro de 2015, foram confirmados 40 casos de microcefalia em nascidos vivos, somente na região metropolitana da cidade de Recife. Seguido de Jaboatão dos Guararapes, Paulista e Olinda, que foram as cidades que mais registraram a incidência de dengue nos anos anteriores à epidemia da zika (Vargas, et. al 2016).

Um estudo epidemiológico coordenado pelo Dr. Carlos Brito e publicado em 2016 apontou erros na notificação em sistema oficial de saúde, relacionado à contaminação do vírus zika. No ano anterior, quando a região Nordeste vivenciava uma epidemia, até então pouco conhecida, Pernambuco registou apenas quatro casos do vírus zika, enquanto de dengue foram notificados mais de 100.000 casos. Os resultados do estudo, com critérios clínicos-epidemiológicos realizados no período de janeiro a abril de 2015, com dados retrospectivos, apontaram que dos 1.046 casos suspeitos estudados, 895 (86%) foram classificados como prováveis de vírus zika e 151 (14%) como casos prováveis de vírus dengue. Desse modo, o sistema de vigilância não pôde estimar ou emitir um alerta sobre a gravidade de tal cenário (Brito et. al 2016).

Se por um lado o surto do vírus zika havia sido silenciado, por falta de critérios de notificações específicos, na epidemia da síndrome congênita relacionada à infecção do vírus zika o enredo foi diferente. Desde os primeiros achados da correlação entre microcefalia e vírus zika, eram médicos e pesquisadores pernambucanos que anunciavam as descobertas em meios de comunicação e eventos científicos. Em algumas semanas, equipes de saúde, mulheres gestantes, mães e bebês pernambucanos ganhavam manchetes de jornais em todo o mundo.

Em estudo epidemiológico realizado com cruzamento de dados, através de *linkage*, de duas bases de dados do Ministério da Saúde, Resp-microcefalia e Sinasc, durante o período de agosto de 2015 a julho de 2017, foram confirmados 69 casos de síndrome congênita relacionada à infecção de vírus zika em nascidos vivos apenas na cidade de Recife. A partir do recorte de 62 casos, o estudo se propôs a investigar as características e distribuição espacial destes casos, a partir de alguns escores sociais das mães. Conclui-se que, das 62 mães, 47 afirmaram ter cor da pele parda ou preta; apenas 8 tiveram acesso ao Ensino Superior; 46 destas têm idades entre 19 a 35 anos e 23 casos residem em zonas especiais de interesse social. Enquanto estado civil, 30 afirmaram ser solteiras, 01 divorciada judicialmente, 15 casadas e 16 em união estável. Outro

dado de recorte social é que 27 delas não possuem ocupação formal, enquanto as 34 que possuem citaram em maior número ocupações como, empregada doméstica diarista, vendedora de comércio varejista, promotora de vendas, recepcionista, representante comercial autônoma e técnica de enfermagem (Cruz, et. al. 2020).

O estudo levanta a hipótese de que a infraestrutura urbana e conjunturas econômicas e sociais podem contribuir para a ocorrência ou agravamento do quadro epidêmico. Dos 94 bairros da cidade de Recife, 66 são considerados zonas especiais de interesse social, onde a população predominante apresenta vulnerabilidade social. Dos casos estudados, 23 deles fazem parte deste território, onde as políticas públicas apresentam severas dificuldades na garantia de direitos, sendo inclusive um indicador o número expressivo de mães sem ocupação formal e sem acesso ao Ensino Superior, conotando um perfil socioeconômico que possa apresentar dificuldades gerais no processo de cuidado das crianças (Cruz, et. al. 2020).

Vale ressaltar que, quando estamos falando especificamente de uma criança com uma deficiência congênita, pensaremos que estas, além das demandas que giram em torno dos primeiros momentos de vida de um bebê, apresentam especificidades de cuidados que mantêm a sua sobrevivência, com constante supervisão e assistência.

Em uma matéria datada em 16 de março de 2016, o portal de notícias *on-line* - G1 faz uma análise da desigualdade em infraestrutura, como catalisadora do surto de zika no Brasil. Para isto, compara as regiões mais pobres da cidade de Recife, onde falta saneamento básico, coleta de lixo regular, com uma das regiões mais nobres do Rio de Janeiro. Apesar de a última ter um clima tropical propício à reprodução do mosquito, uma gestante entrevistada não parece se sentir tão exposta à contaminação, afirmando que a infraestrutura do seu condomínio dificulta a criação de focos de reprodução do vetor.

Responsabilizar o mosquito pela desordem causada por uma epidemia, com danos tão severos, é evitar encarar uma configuração complexa com variáveis biológicas, ambientais, socioeconômicas e políticas, em que famílias brasileiras são duplamente penalizadas, pela alta densidade do vetor em seu território e pela impossibilidade de se proteger dele. Usar repelentes ou evitar a gravidez através de métodos contraceptivos eficazes era uma solução direcionada a uma minoria de mulheres.

O planejamento reprodutivo, garantido ao usuário do SUS, ganhou um debate público frente à epidemia do vírus zika. Para Galli & Deslandes (2016 p. 03),

Com o cenário atual de epidemia do vírus da Zika, considerada uma emergência global, e as ameaças de retrocessos no Legislativo, a exemplo do *PL no 5.059*, o país corre o perigo

de caminhar na contramão das medidas necessárias para garantir a saúde sexual e reprodutiva de mulheres, expressas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos das Nações Unidas (ACNUDH), que conchama a responsabilidade dos governos para reverem leis e políticas restritivas, ampliarem o acesso a serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva, e garantirem o acesso à informação e ao direito à saúde para todas as mulheres, sem discriminação.

Organizações de direitos sexuais e reprodutivos brasileiras apresentaram uma ação diretamente ao Superior Tribunal Federal, para legalização do aborto em caso de síndrome congênita associada à infecção do vírus zika, baseando-se em um caso emblemático no ano de 2012, em que o STF decidiu que não era crime a interrupção da gravidez em que os fetos apresentavam anencefalia. Contudo, diferente desta decisão, o pedido foi rejeitado, entendendo que o quadro sindrômico não era análogo à morte e com a redução das notificações dos casos a pauta perdeu visibilidade (Castilhos & Almeida, 2020).

Enquanto os epidemiologistas, os pesquisadores e equipes de saúde, o Estado, a mídia nacional e internacional estudavam, acompanhavam e noticiavam o contexto epidêmico, as famílias buscavam apoio entre si. As associações de crianças com deficiência trouxeram para si a responsabilidade de incluir estes sujeitos, que buscavam respostas, as quais se aproximassem efetivamente da sua realidade. Diniz (2016, p 10) aponta que, entre outras coisas, estes espaços ofertavam a discussão de uma “ciência doméstica do cuidado que se move paralela à ciência oficial da medicina”.

A criação dessa rede demonstra a necessidade de um espaço coletivo de fortalecimento político, social e assistencial, para além dos enquadres ofertados pelo Estado. As *mães de micro*, como se denominaram posteriormente, associaram-se inicialmente a grupos de mães de crianças com doenças raras, como é o caso da Associação de mães e famílias raras (AMAR – Recife/PE) ou criaram suas próprias organizações, apropriando-se do lugar de fala, de representatividade e da busca pela garantia dos seus direitos e dos seus filhos. Algumas destas associações estão presentes até o momento atual e contam com o apoio de voluntários e doações para a manutenção do seu funcionamento. Sobre a AMAR, Scott. et al. (2017, p. 80) afirma:

O discurso da instituição diz que o foco não é necessariamente na criança, mas nas mães e familiares, ou seja, no/a cuidador/a. O slogan repetido com frequência - “Cuidar de quem cuida” - procura afirmar a importância de apoiar quem cuida da criança. No caso,

um grupo formado majoritariamente por mulheres, sobre as quais costumam recair os cuidados com filhos e, em especial, os filhos com necessidades especiais.

Fica evidente, após todo recorte contextual aqui apresentado, que o lugar das mães, enquanto cuidadoras integrais destes bebês, é marcado por renúncias de papéis sociais. Estas invisibilizadas por um Estado que não garante seus direitos básicos, se veem frente ao impasse de se constituir como mães e expressam o desejo de serem interlocutoras de suas próprias histórias.

1.4 Epidemias cruzadas: Desdobramentos da Pandemia da Covid-19 na continuidade dos cuidados

Em março de 2020, o Brasil decretava *lockdown* – medida de distanciamento social - diante do aumento significativo de casos confirmados de COVID-19. A incerteza de um novo vírus, que registrava suas primeiras mortes, assombrava uma população em meio a um caos político, no qual se vivia uma dicotomia e uma polarização irracional. O SUS, sem investimento ou credibilidade, resistia, diante de uma postura claramente negacionista, por parte da então gestão presidencial em que o Brasil se encontrava. (Birman, 2020a).

Não se destina falar sobre a catástrofe humanitária que foi a Pandemia da COVID-19, mas a título de esclarecimentos e informações que contextualizem esta escrita, de acordo com o Ministério da Saúde, no período de julho de 2023, consta em sua plataforma mais de 37 milhões de casos confirmados da doença, além de 700 mil óbitos confirmados.

Diante do desalento desta realidade, o vírus zika continua a acometer novas vítimas de maneira orgânica, mesmo durante o curso da Pandemia da COVID-19.

Além de responder por um quantitativo enorme de casos confirmados e óbitos pela COVID-19, o Brasil ainda tem a alcunha de país com a maior prevalência da SCZ, com 3.732 casos confirmados de 2015 a 2022, de acordo com boletim epidemiológico do Ministério da Saúde publicado em abril de 2023.

Durante a Pandemia da COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021, nasceram 127 crianças com suspeitas ou diagnóstico sindrômico associado ao Zika Vírus no estado de Pernambuco. Além deste dado, é importante ressaltar que a pandemia registrou vários atravessamentos no tratamento contínuo das crianças nascidas durante a epidemia em 2015. Estas crianças e, conseqüentemente, suas famílias, passaram de uma rotina de cuidados com equipes

multiprofissionais para o isolamento total, advindo dos protocolos de segurança relacionados à contaminação da COVID-19. Este cenário causou repercussões significativas, em relação ao desenvolvimento destas crianças, havendo interrupções de terapias e, em decorrência disso, sobrecarga dos cuidadores em realizar as atividades atribuídas às equipes multiprofissionais. Os profissionais desenvolveram estratégias de acompanhamento, utilizando as ferramentas tecnológicas e o uso da *internet*. Entretanto, uma pontuação necessária acerca das famílias de crianças com diagnóstico de SCZ é a vulnerabilidade socioeconômica. Desse modo, estas, mais uma vez, encontraram um impasse relacionado ao desenvolvimento de suas crianças, agora intensificado pelos desafios de uma pandemia sem precedentes.

De acordo com Vale et.al. (2021), em função da dependência total da criança com SCZV pela mãe, esta última acaba se tornando a pessoa com maior potencial de contaminação para a criança por COVID-19, fato que corrobora um isolamento ainda maior com o intuito de preservação da díade mãe-criança.

Birman (2020a) relembra o texto de Freud, *O mal-estar da civilização*, para associar o terror da morte, que é imposto em larga escala no psiquismo dos sujeitos no contexto pandêmico, ao desamparo originário do sujeito.

Ao lado dos efeitos sobre o organismo, que é um dos campos que acontece especificamente a experiência clínica na sua singularidade, é preciso considerar as particularidades sobre os sujeitos, no registro psíquico. Por esse viés, podemos realizar a leitura psicanalítica da pandemia propriamente dita (...). No entanto, é preciso delinear a especificidade da conjuntura brasileira, a sua modalidade particular de governabilidade na catástrofe sanitária em curso, como condição preliminar e fundamental de leitura para a realização das pontuações e das inflexões necessárias sobre as particularidades psíquicas. (Birman, 2020a, p. 115)

Matos e Silva (2020) afirmam que, do entrelaçamento destas duas epidemias, produzem-se efeitos muito complexos tanto para as mães, quanto para as crianças com SCZ. Alguns relatos de mães levam a crer que as políticas adotadas durante a Pandemia de COVID-19 submeteram seus filhos a situações de maior vulnerabilidade e por consequência a elas mesmas também. Estas vulnerabilidades tendem a se potencializar e tornar-se mais críticas quando duas epidemias se encontram com vidas já precarizadas.

No cenário pandêmico da COVID-19, a aflição das mães com o risco de contágio das crianças com SCZ, de si ou de outros residentes do mesmo ambiente familiar, é evidente, além

de justificado pelo medo de um diagnóstico que resulte no óbito de seu filho, ou uma restrição da assistência para com a criança. Uma contaminação de uma mãe por COVID-19 resulta na também contaminação de seu filho, podendo alterar a rotina da relação, fluxo de cuidados cotidianos, cuidados de higiene, cuidados alimentares, além de outros que são de sua incumbência (Vale et.al., 2021).

Ainda segundo o autor, antes da pandemia, as mães destas crianças já apresentavam claros sinais de esgotamentos físico e psicológico, além da sobrecarga do cuidado, culminando em níveis elevados de ansiedade, depressão, sofrimento mental e níveis diminuídos de satisfação com a vida. A mudança dos hábitos de higiene, promovida pela COVID-19, a necessidade do isolamento e com ele a responsabilidade de executar cuidados de reabilitação e atividades escolares em domicílio tornaram ainda mais severo o sofrimento laboral e emocional destas mães em meio à pandemia.

Objetivando diminuir o sofrimento, em decorrência do distanciamento social promovido pela pandemia, Vale et al. (2021) sugere uma atenção, com um viés mais sensibilizado com estas mulheres, por meio de carinho e afeto de familiares, além de consultas e orientações terapêuticas de forma remota.

É importante salientar que, durante este evento pandêmico, a emergência da zika saiu das pautas dos jornais e passou a ser mais uma precariedade, dentre tantas outras que fazem parte do dia a dia dos brasileiros em vulnerabilidade socioeconômica. Contudo, para os constituintes desta díade, mãe-criança, o seu dia a dia é uma “eterna emergência” (Matos & Silva, 2020), que fora massacrada pela, então, Pandemia da COVID-19.

1.5 Atualizações sobre zika: panorama atual

No ano de 2017, o Ministério da Saúde publicara um documento que contemplava normativas, orientações e estratégias para o acompanhamento das alterações no crescimento e desenvolvimento desde a gestação, até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, que tem como objetivo estabelecer protocolos que se integrem a toda rede do SUS, para realização das ações de vigilância e atenção à saúde, identificando complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, no pré-natal, parto, pós-parto e puericultura, nos primeiros 3 anos de vida, além da promoção do cuidado adequado às crianças, com alterações no crescimento e no desenvolvimento, independentemente da etiologia.

Entretanto, ao longo desses seis anos, não fora mais documentado, de forma oficial, nenhuma abordagem ou estratégia para lidar com a SCZ. Este silêncio de atualizações sobre orientações terapêuticas e cuidados sociais, para com a temática, só é quebrado pelos boletins informativos estatísticos do Ministério da Saúde.

Apesar de a SCZ no Brasil ter deixado de ser uma realidade epidêmica, é preciso dispor de estratégias e protocolos no enfrentamento de um novo surto epidêmico do Zika vírus. De acordo com Santana et. al. (2023), no segundo semestre de 2021, o sudoeste asiático, majoritariamente a Índia, presenciou um aumento significativo de casos do Zika vírus, o que tem sido acompanhado com cautela pela comunidade científica.

As crianças da epidemia de 2015 atingem, na presente data, a faixa etária de oito anos de idade. Deixaram de ser bebês e necessitam, como indivíduos, de desenvolvimento social integrativo. De acordo com Pletsch et. al. (2020), a construção de conhecimento é essencial para o progresso e para garantia de direitos e promoção do desenvolvimento social e escolar destas crianças, e quanto mais cedo forem ofertadas oportunidades educacionais às mesmas, mais cedo serão contempladas experiências de desenvolvimento integral.

Torna-se válido discorrer, também, acerca das crianças e dos famílias que não são assistidas pelo campo da saúde de forma integral ou lhes é ofertado um atendimento ineficiente. Em estudo recente, Santana et. al. (2023) relata uma realidade de mães, que impetram perante a justiça a seguridade do direito à saúde de suas crianças. As impetrações judiciais requerem a cobertura de novas drogas, terapias e tratamentos ainda não disponíveis no sistema de saúde brasileiro, ou em redes de planos de saúde credenciados, visto que estas crianças necessitam de terapêuticas cada vez mais especializadas, com enfoques em suas deficiências, para que haja uma integração adequada nas suas vidas comunitárias.

Sob a luz de entender, relacionar, identificar e criar caminhos para terapêuticas eficazes em famílias que lidam com a SCZ, Melo et. al. (2023) avalia aspectos, como saúde mental, qualidade de vida, adaptabilidade e sugere que os impactos para as famílias, que convivem com a SCZ, agrupem-se em quatro categorias, a saber: impactos sociais; impactos subjetivos; impactos econômicos e materiais e impactos na saúde.

Ainda, segundo Melo et. al. (2023), socialmente é destacado que para as mulheres há uma incumbência mandatória no papel de cuidado para com as crianças acometidas pela síndrome, culminando em um isolamento doméstico e em uma abdicação de projetos pessoais. Existe, também, de forma muito significativa, uma renúncia sob o cuidado de si, além de uma abdicação às atividades de sociabilidade. O papel do feminino, neste âmbito, permite a construção de uma rede de mulheres, mães, tias, primas, avós, as quais recai e é dividida a

sobrecarga do cuidado com as crianças, quando assim o acontece. É pertinente mostrar, também, que, muitas vezes, o projeto de outros filhos é frequentemente abandonado, além das relações com os irmãos ser construída de forma diferente e singular.

Já no que se refere aos impactos subjetivos, alguns sentimentos se destacam nestas perspectivas familiares, como por exemplo: medo, culpa, solidão, incertezas, preconceitos, adaptação, estresse e ansiedade. Cabe um destaque aqui a uma certa invisibilidade paterna, pois são diretamente atingidos pelo diagnóstico e acabam por se ausentar e silenciar do papel de pai (Melo et. al., 2023).

Empobrecimento e diminuição de rendimentos familiares são fatores que merecem destaque, já que 72% das famílias, cujas crianças apresentaram atrasos no desenvolvimento, mostraram-se com dificuldades em cobrir despesas básicas. O aumento das despesas domésticas, relacionadas à reorganização de espaços domésticos, compra de medicamentos e insumos, deslocamento para serviços de saúde são condições que acabam por tornar esta realidade cada vez mais complexa (Melo et. al., 2023).

Melo et al (2023) ainda afirma que transtornos mentais e sintomas psiquiátricos foram identificados em mães de crianças com SCZ, isso se corrobora no enfrentamento das dificuldades da própria condição sindrômica dos filhos, bem como a precariedade dos serviços estatais de saúde, que repercutem no cuidado e na assistência a estas crianças.

Ainda que, atualmente, a SCZ não seja mais considerada uma condição epidêmica em nosso país, é preciso se considerar o impacto e as reverberações de um diagnóstico com esta magnitude em um seio familiar, muitas vezes, vulnerabilizado socialmente. Cuidado especializado, melhoria no acesso e qualidade dos serviços terapêuticos, integração escolar para as crianças, além de uma rede de suporte a estas mães são essenciais no enfrentamento das consequências de uma realidade que ainda é presente e viva em nosso contexto social.

CAPÍTULO 2 - COMO SER SUFICIENTEMENTE BOA SE NÃO ME DEIXAM SER MÃE?

O capítulo anterior apresentou o contexto em que síndrome congênita do vírus zika tornou-se uma epidemia e afetou centenas de famílias brasileiras, convocando a discussão de um ambiente da realidade material contornado pelas dimensões sociais, afetivas e culturais das quais somos todos imersos. Uma mãe e seu bebê, em sua singularidade, são afetados por um diagnóstico sindrômico, que se manifesta desde o desenvolvimento intrauterino e perpetua em dificuldades motoras, cognitivas e psíquicas.

Não é objetivo desta pesquisa se deter a explicar sobre um ambiente constituído puramente pela realidade externa e material, mas reconhecer que este repercute na dinâmica da constituição de ser mãe. Se essa dinâmica é interdita por algo que não favorece a espontaneidade, a mãe pode apresentar dificuldades em validar sua função.

Neste momento, adotaremos as colocações de ambiente a partir da construção teórica de Winnicott. Presente em toda a sua obra, o ambiente não é visto como algo externo ou interno, aqui se presentifica um novo lugar e sua importância está desde o momento inicial até o último segundo de vida, sendo modificado ao longo do tempo.

Nos primeiros tempos da vida de um bebê, o ambiente é uma unidade, expressa como um “conjunto ambiente-indivíduo” (Winnicott, 1990/1988, p. 179) e ainda que o sujeito, a partir do seu desenvolvimento, torne-se um ser individual, estará sempre no ambiente. Embora o autor acredite em um potencial criativo natural para a maturação, é a partir da facilitação do ambiente que a criança concretiza sua potência (Winnicott, 2007/1963).

A vida intrauterina do bebê não o capacita a sobreviver sozinho. A fragilidade do humano, quando comparada aos outros animais, coloca-o em dependência total do ambiente materno. Portanto, ao nos debruçarmos sobre a maternidade, a partir das formulações de Winnicott, deparamo-nos de forma explícita ou implícita com as dimensões ambientais que contornam a relação mãe-bebê. A complexidade que o tema adquire decorre da importância em que o autor atribui ao ambiente para a constituição de um indivíduo saudável.

Winnicott (1949/2021) retoma Freud para discorrer sobre o nascimento e os traços mnêmicos que dele decorrem. Ainda que sem chegar a uma conclusão definitiva, para ele, Freud se voltou para a questão do momento inicial da vida, dando a esta um grau de importância. Sua contribuição em perceber que o nascimento não estava a serviço da separação mãe-bebê, tendo em vista que não há maturidade para o reconhecimento do objeto, é um ponto de partida em

que Winnicott se apoia para ir mais além. Segundo ele, o material relativo ao nascimento é trazido pelos pacientes em análise, sendo necessário que o analista esteja atento para reconhecer o ambiente, que pertence às experiências intrauterinas e após o nascimento, dependendo sobre a dinâmica de cuidados; inicialmente, ofertada pela mãe e, posteriormente, a responsabilidade conjunta dos pais frente ao desenvolvimento do bebê que se transforma em criança.

Em análise, uma paciente, cuja a mãe costumava segurá-la com força a ponto de apertá-la com medo de que ela caísse de seus braços, explora essa dinâmica que dá subsídios para que Winnicott se aproxime daquilo que ele compreende como ambiente. Ela utiliza a palavra bolha para expressar uma redoma que se instala não só sobre o bebê, mas também a partir dele.

No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão externa adapta-se ativamente à pressão interna, então o importante será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas se a pressão do ambiente for maior ou menor que a do interior da bolha, então o importante não será a bolha, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa (Winnicott, 1949/2021, p. 340).

Assim, o autor acrescenta que, no nascimento, o bebê reage ao ambiente, que no parto é elemento central. O bebê, em referência ao processo natural do desenvolvimento, prepara-se para este momento e para a intrusão do ambiente. Não obstante, logo após o nascimento, há um retorno do bebê como elemento central, que permite que ele possa dar continuidade a se constituir como ser. Se o ambiente permanecer intrusivo, necessita que o bebê continue reagindo, o que pode desfavorecer seu processo de amadurecimento psíquico. Desse modo, o bebê necessita que o ambiente se adapte ativamente a ele, tendo em vista que sua capacidade de suportar a reação é limitada. Este ambiente inicial, chamado mãe, será aqui explanado.

2.1 “Eu estou tentando”

Há um chamado: uma mãe joga seu bebê sob a mesa de trabalho de um serviço da assistência social: “se você pode fazer melhor, que faça, está aqui”. Todos em volta olham para o bebê. Uma menina em seus primeiros meses de vida, com o perímetro cefálico menor, com dificuldades para manter seu corpo ereto e que chora ininterruptamente. Do outro lado da mesa, uma equipe que sustenta o discurso de que esta mãe precisa se enquadrar em uma lógica de cuidados, que perpassam a multidisciplinariedade do conhecimento. Acende-se uma chama, o

ato de reivindicação é escutado. A reivindicação de uma mãe, de uma mulher, de um sujeito que convoca uma escuta. Para além da angústia gerada por tal cena, seu silêncio posterior, enquanto busca acalmar a criança, apresenta o desafio da mãe na constituição de um saber-fazer, que provoca tantas ambivalências afetivas. Um retrato de uma mãe possível, com suas falhas e suas dificuldades.

Sob a ótica biológica, as condições adversas em torno do materno desta mulher são instauradas desde a gestação. Como fora discutido no capítulo anterior, o entorno em volta da síndrome congênita relacionada ao vírus zika era de incertezas. Enquanto os veículos de comunicação nacional noticiam que aquele não era o momento ideal de engravidar, sua barriga insiste em continuar crescendo. Para uma mulher invisibilizada socialmente pela sua raça e condição socioeconômica, qual seria, portanto, o momento ideal? A dinâmica do real, permitiria a idealização de um cenário sem fome e sem injustiças sociais? Dessa vez, além deste quadro de vulnerabilidade, já tão conhecido pela sua família, agora precisaria preocupar-se com as consequências de uma picada de um mosquito. Consequências estas que atravessam o desenvolvimento maturacional da sua filha.

Criar possibilidades de escuta, em um primeiro momento, seria diminuir o ruído advindo das palavras ligadas ao diagnóstico: vírus zika; microcefalia; acompanhamento; visitas domiciliares; consultas médicas, entre tantas outras que, desde o nascimento de sua filha, fizera parte de sua rotina. Naquele momento, a mãe já havia entendido que sua vida jamais seria a mesma. Mas qual mãe não tem a sua vida transmutada após a chegada de um bebê? Se antes pensava que, ao chegar em casa com o seu bebê, constituiria uma família ao lado de seu companheiro, agora se via cada vez mais fora de casa, cumprindo as agendas médicas necessárias para manter a sobrevivência da sua filha. Há o recorte da necessidade das intervenções médicas que, por vezes, auxiliaram a criança a sustentar sua sobrevivência, em contraponto, em alguns casos, essa aposta médica sustenta o investimento da mãe com o seu filho. Mas vamos nos deter às especificidades dos aspectos afetivos, que permeiam esse corpo tão marcado por uma síndrome nova e ainda sem grandes explicações.

O discurso da ordem médica paira sob a família, o bebê da medicina, que desafia médicos obstetras, epidemiologistas, pediatras, neurologistas, entre tantos outros profissionais, que cada vez mais se apropriam daquele corpo. Há algo de ingenuidade na mãe, que mantém viva a esperança de que todo este cenário seria superado quando a filha fosse curada. Entretanto, a cada vez que a palavra deficiência era utilizada, a eficiência da qual a mãe gostaria de ser consagrada ia se distanciando. Difícil pensar em ser eficiente quando seu entorno realça as ambivalências afetivas das quais a maternidade tanto se apropria. Eficiência e deficiência entre

dois sujeitos que buscam se encontrar e se integrar. Mãe e filha buscando constituir um lugar próprio diante de uma invasão. Penso não ser fácil explicar sobre qual invasão estamos falando. Quem invade quem? O diagnóstico convida uma equipe a estudar a criança. Como não invadir este espaço se há tantas hipóteses e considerações sobre o adoecimento do bebê? Quais os limites para estas intervenções? Ainda que não saibamos a resposta de todas estas perguntas, para as vinhetas de caso apresentados acima, foram elas que proporcionaram a investigação inicial desta pesquisa.

A entrada da psicanálise não se configura supondo um especialista em saúde mental capaz de corrigir desvios de condutas, das quais as equipes tanto se queixavam. A correção tomada, inclusive, pela psicologia diante de algumas abordagens sobre a constituição do sujeito implicaria alfabetizar o desejo, dando lugar à ordem inscrita pelo discurso médico. A oferta de cuidado ao caso é posicionar-se frente ao campo social e político, que envolve esses sujeitos e, assim, ser dispositivo para escuta do desejo.

A mãe contida, em seu saber-fazer espontâneo e para as equipes multidisciplinares falho, reivindica seu lugar. Mãe e filha sofrem, cada uma a sua maneira, diante dos atravessamentos dos cuidados médicos em prol da sobrevivência do bebê. Isto marca a experiência inaugural do bebê diante da vida e da sua mãe, que também inaugura seu lugar na maternidade. Aqui, a questão sanitária vilipendia as condições reais para se constituir mãe.

Porém, apesar de se reconhecer a singularidade da vivência da maternidade, especificamente para esta mãe, vale salientar que há algo do coletivo que também nos instiga a problematizar. O enredo em torno da epidemia do vírus zika e a consequência do seu contágio, a partir da transmissão vertical convoca olhares, sendo eles da própria família, através do imprevisível destino dos seus bebês, da comunidade científica, em prol de assegurar o desenvolvimento da criança e da sociedade que lida com a ignorância frente a dados tão alarmantes. É partir do que é singular que se encontra a dimensão do coletivo, enquanto potencializador de saberes.

Entendendo que, para uma mulher, a maternidade é vivida a partir dos fenômenos psíquicos que convocam suas primeiras experiências como sujeito, passemos por alguns conceitos freudianos para tecer reflexões sobre a ruptura do encontro com o filho idealizado e o encontro inesperado com o filho real, nesse caso um bebê sindrômico. O reconhecimento da mãe, a partir deste bebê, gera uma crise na relação da mulher com sua própria identidade e com o tornar-se mãe. Esta mulher, até então invisibilizada, passa a ser reconhecida por um corpo marcado pela transmissão vertical. A problemática de saúde, que envolve o seu bebê, incidirá

sob aquilo que Freud denomina de narcisismo. A fim de compreender este tema, situamos, inicialmente, a contribuição do autor sobre o feminino e a maternidade.

Vale ressaltar que não cabe nesta pesquisa a análise aprofundada das teorias freudianas, mas reconhecemos que a discussão em torno do feminino é amplamente difundida a partir da sua contribuição.

2.2 Uma concepção freudiana acerca da maternidade

Discutir sobre maternidade, a partir da psicanálise, em um viés contemporâneo não nos abstém de retomar as primeiras pontuações inauguradas por Freud sobre o tema, mas sem ancorar em sua teoria. Este apresentou a maternidade como parte integrante do processo edípico da feminilidade, estando o bebê a favor de objeto de investimento das mães. Assim, “os dois desejos, de ter um pênis e um filho, permanecem fortemente investidos no inconsciente e ajudam a preparar o ser feminino para o seu futuro papel sexual” (Freud, 1924/2019 p.213).

O emaranhado entre os valores morais agregados às mulheres no início do século XX, com as escutas das mulheres em consultório, deu à teoria freudiana um entendimento, no qual os processos de subjetivação do feminino estavam sujeitados à castração. Como abordamos anteriormente, a maternidade, sob a ordem do instinto feminino, provocava ressonâncias normativas a partir da caracterização de uma natureza própria. Assim, Freud dá uma nova roupagem à maternidade, afirmando que esta não está a serviço do instinto, mas a mantém em um lugar de naturalização, como saída para a feminilidade normal.

Em seu texto *Sobre a Sexualidade Feminina* (1931/2019), Freud retorna ao complexo de Édipo, detendo-se a especificar as relações objetais da menina. Se com os meninos o destino parece ser fácil de prever: o desejo pela mãe, a rivalidade com o pai, o medo da castração e a substituição do objeto essencialmente análogo à mãe, no caso das meninas, o homem-pai substitui o primeiro objeto de amor, a mãe.

A renúncia aos objetos libidinais para proteger seu próprio narcisismo é a saída do Édipo para o menino. No caso da menina, a castração refere-se a uma falta. Uma ausência anatômica herdada da mãe e que agora deveria ser buscada no pai. Este supostamente lhe dará aquilo que a mãe não foi capaz ou não quis lhe dar. O entendimento da castração como um infortúnio produz uma grande desvalorização do feminino e, conseqüentemente, da mãe (Freud, 1931/2019).

A riqueza da relação primária, sendo a mãe o primeiro objeto de amor do menino e da menina, coloca-a em uma posição privilegiada na constituição psíquica do sujeito. Ainda que agora o autor não se utilize do discurso do instinto, ainda permanece naturalizando a maternidade, dando às mulheres a condicionalidade de exercer tal papel. Freud (1931/2019) remete a este primeiro tempo da ligação com a mãe, pareceu-lhe difícil de entender analiticamente e quase impossível de ser revivificado. Entende que não havia atribuído a importância devida para a fase pré-edípica da mulher.

Freud (1906/2016) apostou na sexualidade infantil como base do desenvolvimento psíquico. O corpo perverso polimorfo anseia em encontrar prazer, sob a ótica do narcisismo primário. Em introdução ao Narcisismo Freud (1914[1915] 2019 p.25), cita a celebre frase “His Majesty the baby”, ao pontuar o nascimento de um bebê como renascimento do narcisismo dos pais. O bebê estaria, portanto, a serviço de reparar as feridas narcísicas dos pais, algo perdido e que agora pode ser restaurado. Partindo disto, o amor designado a um bebê, seu devotamento, exprime a necessidade de suprir a vulnerabilidade de um narcisismo primário, agora transformado em amor objetal.

O nascimento do bebê evoca em uma mãe o seu lugar de origem como filha. A forma como sua mãe lhe apresentou o amor, com sua dedicação e cuidado, demarca um investimento libidinal que o sustenta. Este investimento terá agora o destino ao bebê que chega. Desse modo, a imagem da criança do narcisismo parental é agora atualizada, estabelecendo um vínculo com o seu filho a partir da sua relação com sua própria mãe (Freud, (1856[1939]2021).

Como dito, há algo nessa relação que coloca a mãe novamente à frente da sua castração. Se o amor é o resultado das fases autoeróticas e o ódio do processo de diferenciação (Freud 1915[2014] 2019), este bebê evoca a ambivalência materna constituindo a esta dupla uma série de angústias e frustrações. Este objeto que é o bebê não escapa da possibilidade de se tornar odiado, tendo em vista que se este pode não estar a serviço da conservação do Eu:

Quando o objeto se torna uma fonte de sensações prazerosas, estabelece-se uma tendência motriz que, trazendo-o para mais perto, procura incorporá-lo ao Eu; falamos então da “atração” exercida pelo objeto que proporciona prazer e dizemos, portanto, que “amamos” esse objeto. Inversamente, quando o objeto é uma fonte de sensações desprazerosas, uma tendência se esforça para aumentar a distância entre ele e o Eu, para repetir, em relação a ele [objeto], a tentativa original de fuga em face do mundo externo emissor de estímulos. Sentimos a “repulsa” do objeto, e o odiamos; esse ódio pode,

depois se intensificar a ponto de tornar-se uma propensão à agressão contra o objeto, uma intenção de aniquilá-lo (Freud, 1915 [2014] 2019 p 57).

Toda e qualquer gravidez evoca o risco do sucesso e do fracasso, ainda que estes conceitos estejam definidos diferentemente nas diversas épocas e culturas. Mesmo em uma gestação que transcorre naturalmente, sem problemas aparentes, podem ocorrer situações imprevistas que comprometem processo, a saúde materna ou a viabilidade fetal. Quando falamos sobre uma criança atípico, especificamente trazendo as particularidades de um contexto de uma síndrome ainda desconhecida e com prognóstico pouco esperançoso, o filho preenche o papel que lhe era destinado.

A necessidade de uma travessia da idealização para uma maternidade possível permite o exercício da posição materna. O encontro com o filho real suspende sua idealização, as atribuições a ele concedidos, como aquele capaz de concretizar tudo que não foi possível aos pais é bruscamente substituído por um lugar de incertezas, de angústia e de morte. É uma confrontação com o narcisismo materno primário, tendo em vista que este tende a esconder o que no bebê não se é bem-vindo. Conforme afirma Freud (1914[1915], 2019 p. 25),

Quando vemos a atitude terna de muitos pais para com seus filhos, temos de reconhecê-la como revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo há muito abandonado. Como todos sabem, a nítida marca da superestimação, que já na escolha de objeto apreciamos como estigma narcísico, domina essa relação afetiva. Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições — que um observador neutro nelas não encontraria — e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil.

Ao falarmos em maternidade, foi percebida a presença da ambivalência materna, agora provocada por Freud como originária das nossas relações primárias. Se pensarmos no contexto da síndrome congênita associada ao vírus zika, há algo de particular diante das dificuldades vivenciadas durante a gestação, no parto e, posteriormente, ligadas aos primeiros cuidados com o bebê. Penso que diante da urgência em que seja feito algo para a manutenção e sobrevivência do bebê sindrômico, há poucos espaços para possíveis falhas. Os manuais de cuidados, a inserção das equipes multiprofissionais nos fazem supor que há algo que necessita ser consertado, sendo assim, implica diretamente no narcisismo primário dos pais. Na dinâmica

apresentada, enquanto vinheta clínica, do que se trata jogar o bebê sob a mesa e solicitar que o outro dele cuide?

Já houve um tempo em que crianças eram jogadas dos penhascos por portarem deficiências. O estranho corpo que imprimia aquilo que era diferente de um grupo ou comunidade, para alguns seria um mau presságio, a marca de um enigma indecifrável. Para estes sujeitos, não era dado o lugar de inferioridade e de imperfeição (Jerusalinky, 1989).

Qualquer que seja o bebê, no nascimento a criança nunca corresponde exatamente ao que é esperado pela mãe (Mannoni, 1991). Porém, depois da provação da gravidez e do parto, haveria uma compensação que produz um efeito que valesse a pena considerar as fantasias que estão em jogo. Para a autora, o fator orgânico da deficiência é endereçado, em alguns momentos, a um ressaibo da morte, que pode ser disfarçada em amor sublime, em indiferença patológica ou na recusa do diagnóstico. Mas há algo que passeia nas fantasias da mãe que, face às dificuldades inatas, é sentida como depreciação de si própria. Sendo assim, as condenações destinadas ao filho é para si uma sentença de morte. Se ao contrário disto, ela decide viver, terá que recorrer a impotência silenciosa diante de um corpo enfermo.

Diante do caso apresentado à pesquisadora, é notado que é negado à mãe o reconhecimento social da maternidade. Sem felicitações dos familiares, instala-se a inevitável decepção, ferindo profundamente seu narcisismo. O bebê real não é o que fora imaginado e as dificuldades vão surgindo nas relações inaugurais. Não se sabe como segurar este bebê e pouco lhe é oportunizado, tendo em vista a assistência contínua de equipamentos da UTI neonatal e dos profissionais de saúde. Ao retornar para casa, as visitas do bebê não são dos familiares e dos amigos e sim das equipes multiprofissionais, que se prestam a ofertar orientações gerais no manejo dos cuidados com uma criança com tantas dificuldades orgânicas.

2.3 Uma mãe no imaginário social

A fim de discutir o fenômeno da maternidade, buscaremos a explanação sobre a constituição do papel materno a partir de recortes dos aspectos socioculturais históricos. Winnicott (1971/2019) já assinalava que a construção do ponto de vista sobre a forma de viver no mundo recebe a interferência da sociedade e do ambiente filosófico, entendendo que os mesmos fenômenos estudados poderiam ser concebidos de outra maneira, caso estivéssemos em outro momento ou lugar.

Se nesta pesquisa nos dedicamos a olhar para mãe e bebê atravessadas por um diagnóstico sindrômico, vale ressaltar que não existe quaisquer outras maternidades sem atravessamentos, seja da cultura, do discurso e do desejo. Contudo, antes de entrar propriamente na discussão gotejada pelas formulações winnicotianas, faremos um breve passeio histórico sobre a história da mulher, tendo em vista que na especificidade do reconhecimento dos gêneros na história da humanidade passamos a legitimar que a diferença sexual é expressa de diversos costumes em múltiplas culturas, como consequência da suposição de que a natureza biológica imprime um efeito no destino social humano. Os papéis de mulher e mãe foram e são frequentemente confundidos (Iaconelli, 2020).

Problematizar o tema é conceber que não é sob o prisma de um determinante biológico que advém a capacidade de filiação. O atributo de parir e nutrir concebe um imaginário de que a maternidade é um dom natural e que, portanto, o amor pelo seu filho deve ser incondicional (Arteiro, 2017). Entretanto, ao que se espera de um olhar singularizado para quem o vivencia, o tema torna-se inesgotável tendo em vista que as concepções construídas e legitimadas correspondem a uma época, mas ecoam por toda a história.

É notório que ainda, em tempos atuais, onde a biotecnologia e as novas configurações familiares ascendem, há discussões no que tange à maternidade, sob a perspectiva do que se chamou de *instinto materno*, um amor maternal oblativo, ofertado voluntariamente aos cuidados com os filhos. A maternidade sendo considerada, portanto, o destino biológico das mulheres. Sobre isto, Badinter (1985) explica que:

Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres, é adicional (Badinter, 1985, p. 367).

Assim, acrescenta que o amor materno não está configurado em uma natureza feminina e como qualquer outro sentimento humano é passível de incertezas, de fragilidade e imperfeições. Legitimar o papel da naturalização do amor materno é atribuir às mulheres a incondicionalidade do sentimento e do dever em suprir os cuidados dos filhos.

Silvia Alonso (2011) reforça que tornar as crenças absolutas, universalizando a essência dos mitos é uma tendência, que é própria das teorias, sem via de regra, considerar que é uma resposta ao próprio momento histórico. Assim sendo, estas teorias, inclusive a psicanálise, serão sempre tributárias às marcas do seu tempo.

Nas sociedades primitivas ou arcaicas, apesar de não haver homogeneidade, a obtenção de um lugar no grupo social para a mulher estava a critério da sua capacidade de procriação. O seu *status* é restritivo ao papel reprodutivo. O imperativo da procriação e as limitações da gestante e do período do puerpério, além da alta mortalidade materno-infantil, criavam um cenário onde o homem se tornaria aquele capaz de exercer a caça e outras atividades, enquanto as mulheres permaneceriam em confinamento diante da ocupação com as crianças pequenas (Iaconelli, 2020).

Na antiguidade, as mudanças advindas do desenvolvimento das sociedades alcançavam as constituições familiares. Era dado às mulheres da nobreza a responsabilidade da reprodução de suas classes, como garantia da continuidade da família e o direito da herança. Contudo, não havia forma de proteger as mulheres da mortalidade feminina ligada ao parto e sem métodos contraceptivos eficazes, estas foram postas à abstinência sexual. Cabia a mulher de segunda classe – prostitutas, concubinas e escravas, satisfazer os desejos dos homens e submeter-se aos riscos dos partos, dos abortos, do abandono ou da criação dos bastardos (Rouselle apud Iaconelli, 2020).

Nesse sentido, ao homem é atribuída a liberdade da vivência do sexo, seja aos fins de procriação ou a busca do prazer. Enquanto para a mulher, o ato traria a possível consequência de um filho indesejado ou o perigo frente à mortalidade feminina. A abstinência sexual seria uma saída possível que asseguraria a continuidade de sua vida.

Badinter (1985) contextualiza a idade média como aquela em que o pensamento eclesiástico e a permanência das ideais aristotélicas, nas quais a desigualdade advinha de uma origem natural, mantiveram as mulheres sob a submissão dos homens, tendo em vista que o poder a eles dado era legitimado pela natureza humana.

O Pai, o Marido tinham, portanto, uma delegação dos poderes de Deus. Mesmo temperado pela ternura, seu poder era absoluto, despótico. E São Paulo recomendava à esposa, como outrora Aristóteles, observar um comportamento adequado à sua inferioridade, isto é, de modéstia e silêncio (Badinter, 1985 p. 35).

Tal recomendação era inquestionável, tendo em vista que era o nome de Deus sendo levantado para afirmar a soberania do homem. Nesse sentido, a subordinação da mulher era um dever e esta prescrição da moral eclesiástica resulta no assentimento de tal condição. Para além disto, a figura de Maria, mãe de Jesus, atribui ainda a mulher um caráter virginal que, sendo bendita entre as mulheres, era a única a merecer a confiança dos homens, tendo em vista que

não cedeu a tentação da carne e dedicou-se à maternidade do seu filho Jesus, diferentemente de Eva, representante do pecado (Iaconelli, 2020).

As consequências dessas representações alcançam as relações familiares, em que predominavam a hierarquização dos seus membros. À mulher, é dado um lugar periférico, onde permanece obediente e silenciosa, já que não era dotada de senso crítico para sucumbir às tentações do pecado. Ao homem, é ofertado o lugar central no grupo familiar, sendo este, inclusive o maior responsável pelas atividades da procriação, já que este era um ser acabado, dotado de inteligência e semelhante a Deus. Já aos filhos, cabiam a obediência e disciplina severa, com ausência dos contatos afetivos, por serem consideradas dissidentes ao pecado. Honrar pai e mãe era da ordem da lei e não dos afetos (Badinter, 1985).

Não obstante, com o advento da modernidade, outras questões sociais passam a se contornar no cenário das famílias. O lugar de subjetivação, do qual as mulheres são concebidas a partir da premissa de cuidadoras natas, é um dispositivo materno construído principalmente a partir do século XVIII, em que a maternidade foi projetada como uma extensão da capacidade de procriação (Zanello 2016).

O século XVIII, após um processo de transição que inicia no século XV, demarca uma reconfiguração nos arranjos familiares. A prática comum de entregar os bebês recém-nascidos para as chamadas amas-de-leite era usual. Pouco se falava sobre o relacionamento das crianças com sua família. Entretanto, os altos índices de mortalidade infantil e a iniciativa ainda primitiva das mulheres, em buscar seus próprios interesses, possibilitou novos discursos sobre os cuidados com as crianças, imperando o discurso do amor materno enquanto um sentimento inato (Zanello, 2016).

Entendendo a história da humanidade, atravessada pelo machismo, percebe-se o interesse de pesquisadores, médicos e influentes da época em fortalecer este discurso. Afinal, a que se destina atrelar às mulheres o lugar de legitimação dos cuidados às crianças?

Segundo Badinter (1985), haveria três discursos em que se justificavam a necessidade de tais mudanças, sendo o primeiro pautado no discurso econômico, onde a criança viria a se tornar mão de obra, devido ao seu potencial produtivo; o segundo, pautado no discurso filosófico sobre a importância da criança para os pais e para a sociedade e por fim, o discurso do Estado, no qual a mulher seria responsável pela nação, a partir do seu sacrifício em educar seus filhos. A exaltação do amor materno passa a ser favorável ao meio social, recebendo o foco daquela capaz de cumprir as exigências necessárias, nas quais os discursos se predispunham.

As mulheres das classes médias, agora conhecidas como *rainhas do lar*, tornaram-se exclusivamente responsáveis pelos cuidados com as crianças, além de gerirem a casa e a manutenção dos bens. Ao contrário disto, as classes mais pobres apresentavam ainda maiores dificuldades de acesso aos recursos necessários a seu sustento, no qual o filho tornava-se um contribuinte das despesas da casa, principalmente, pelo seu trabalho no campo. O luxo da atenção materna passa a ser um privilégio para aquelas que não eram obrigadas a trabalhar para conseguir a sua sobrevivência e dos seus filhos. A todas as outras mães era dado o fardo de gerir uma família, com severas dificuldades, tornando a maternidade uma possível desencadeadora de angústia, onde “o berço do bebê nem sempre está cercado por uma família emocionada, prestes a todo sacrifício pelo bem-estar do recém-nascido” (Badinter, 1895 p. 226).

Pensando na atualidade e diante das desigualdades sociais ainda tão presentes, principalmente em países emergentes, como o Brasil, o entorno de ser mãe é muito subsidiado com aquilo que lhe é possível a ofertar aos seus filhos. Os sacrifícios necessários ao se ter um filho perpassam a dinâmica com o bebê e a criança, são sintomas sociais onde aparece a fome, a desesperança e o medo. Portanto, diante do que fora abordado anteriormente, este sentimento não é novo. Esteve presente nas casas de tantas outras mulheres ao longo da história da humanidade. Por isso, retomar a história é edificar o presente, costurando o passado, o presente e quiçá o futuro.

Foi sob o alicerce da naturalização que se construiu a maternidade moderna. Se até o século XVIII o lugar dos afetos não era privilegiado, o amor materno parece um conceito novo. A exaltação dele como algo natural e social era um benefício do qual a sociedade, posteriormente, agregaria um valor mercantil. Badinter (1895) explica que não é da ordem da inexistência do amor materno, como se não fosse algo presente no cotidiano das famílias. O que se considera como mudança é que este agora seria incentivado, cabendo reajustes nas concepções sociais e familiares.

Ariès (1975), em seu texto sobre a história social da criança e da família, considera que o sentimento e os laços familiares, aos moldes que conhecemos hoje, surge a partir destas transformações e da especificidade da infância enquanto um causador de alegria e prazer.

A maneira de ser das crianças deve ter sempre parecido encantadora às mães e às avós, mas esse sentimento pertencia ao vasto domínio do não expressos. De agora em diante, porém, as pessoas não hesitavam mais em admitir o prazer provocado pelas maneiras das crianças pequenas, o prazer que sentiam em paparicá-las (Ariès, 1975 p. 158).

Ainda segundo o autor, era a inespecificidade da infância que originava o sentimento de indiferença. Mesmo com o advento da *papiricação* e do olhar para criança, como aquele que provoca prazer, as famílias ainda seriam criticadas pelos educadores e moralistas da época. Baseados nos valores sociais tradicionais e nos ideais eclesiásticos, rejeitam o novo modo de se relacionar com as crianças. A infância, portanto, estaria na ordem do oposto da razão, sendo as crianças as representantes das ilusões.

A partir do modelo cartesiano, a sociedade se debruça a pensar na natureza infantil, esta já atribuída como diferente daquela do homem adulto. Assim, surge a cultura do modelo escolar e inaugura um novo posicionamento subjetivo das famílias frente aos seus filhos (Ariès, 1975).

Nesse período, encontram-se duas gerações de mães. Aquelas que mal conheciam sua prole e onde a morte de um filho não representava um drama familiar e aquelas cujas distâncias dos seus filhos já não são mais pensadas e que se ocupam de banhar, vestir, amamentar e cuidar das crianças em função da promessa de amor e felicidade materna. A criança passa a fazer refeição e brincar aos pés da mãe e conquista um lugar junto à família. A esta nova mulher, esposa e mãe, submetida a existir somente em relação ao outro é dado um aparente prestígio social. A mulher passou a ocupar um lugar essencial na estrutura familiar burguesa (Badinter, 1985).

Assim, é sacralizado o lugar de esposa-mãe-educadora, do qual eleva-se o nome da mulher, como musa inspiradora, mãe sublime, como aquela que engrandece o homem, mas ainda sim deve a ele sua obediência e sua dependência econômica e intelectual (Lipovetsky, 2000).

O autor nomeia as mulheres em três momentos, sendo a primeira e demonizada desprezada; a segunda, idealizada e posta num trono e a terceira a que rompe historicamente aos domínios atribuídos ao sexo, chamada por ele de pós-mulher do lar. A liberdade de autodirigir-se permeia a possibilidade de escolhas e arbitragens individuais, mas ainda que indistintamente posta aos dois gêneros, sempre se constrói a partir de normais e papéis sociais diferenciados.

A aura de amor maternal atravessa os tempos. A mulher agora não é impelida a gerar, mas assim deseja, tendo em vista que ser contrária a isto foge da sua natureza e a desvirtualiza. Nesse sentido, “o desejo de ter um filho vai equivalendo à natureza benevolente da mulher” (Iaconelli, 2020, p 56).

Os ideais de submissão feminina contrapunham-se aos ideais de autonomia de todo sujeito moderno; aos ideais de domesticidade, contrapunham-se os de liberdade; à ideia de uma vida predestinada ao casamento e à maternidade contrapunha-se a ideia, também moderna, de que cada sujeito deve escrever seu próprio destino, de acordo com sua própria vontade (Kehl, 2008, p 44).

A ambivalência do amor maternal não é posta à discussão. Entendendo que o cenário da modernidade é carregado por manifestações de caráter subjetivo, em que uma mulher pode ser o que quiser, o retrato da boa mãe ainda é centralizado nos sacrifícios. Zanelo (2016) contextualiza que o início do século XX demarca a representação da mulher como aquela capaz de ofertar a felicidade da família. Após o final desse século, não havia significativas mudanças no valor da maternidade, sendo esta fonte de satisfação e realização plena da mulher. Porém, com o advento das transformações sociais e inserção das mesmas no mercado de trabalho, nas universidades, estas agora precisariam manejar a maternidade com o cuidado de si mesmo e da sua carreira profissional. A estética do corpo também recai sobre elas que, agora, além de serem mães zelosas, deveriam ser desejáveis em consonância aos padrões pré-estabelecidos de beleza.

O corpo feminino, que agora acessa métodos contraceptivos eficazes, encontra a possibilidade de restituir-lhe certa autonomia sob sua fecundidade. O paradoxo é que esta descoberta, que poderia proporcionar a emancipação feminina, recai sob o discurso do biopoder, a qual Foucault (1988) eleva o corpo à categoria de dispositivo (Iaconelli, 2020). Mas sobre a especificidade do corpo, deter-nos-emos a discutir posteriormente.

Birman (1999) retoma a questão da feminilidade a partir de um registro psíquico oposto ao falo. Na feminilidade, o que está em jogo é a marca da singularidade do sujeito, enquanto o falo busca a universalidade. Assim, “a feminilidade é o correlato de uma postura heterogênea que marca a diferença de um sujeito em relação a qualquer outro” (Birman, 1999, p. 10).

Ao falar sobre mulher contemporânea, Valença (2003) alerta que o reconhecimento social, conquistado pela mulher, coloca-a sob uma nova ideia de feminilidade. Esta pode ser admirada a partir de outros papéis sociais, sem a sentença da obrigatoriedade do casamento ou da maternidade. A isto ressalta ainda a falta de garantias de referências:

O “tornar-se mulher”, por ancorar-se fundamentalmente na exterioridade-de-si, apresenta uma configuração estetizante, pois, se antes as referências de feminilidade fundamentavam-se principalmente na interioridade da mulher, e as referências ternas eram bem marcadas e diferenciadas pelas normas sociais; hoje, elas se apresentam

mescladas, transitórias e com pouca consistência em termos de definição de masculino e feminino. Nesse contexto, talvez seja plausível pensar que a mulher contemporânea carece de referências, tanto externas quanto internas, de feminilidade (Valença, 2003, p. 71).

Kehl (1998) retrata que a maternidade ainda confere um lugar de importância para muitas mulheres, mas colocá-la como única solução possível para o feminino é estreitar o papel de mãe e esposa como o único destino. No leque de opções conferido às mulheres na contemporaneidade, o desejo de ser mãe, como idealização simbólica do falo, pode se destinar a outros objetos. Não se sustenta assim um único destino feminino.

Um dado significativo a ressaltar, após este breve passeio histórico, é de que o contexto socioeconômico, do qual as mulheres estavam inseridas comumente, foi citado para direcionar os papéis que ocupavam na família e na sociedade. Ainda que alguns marcadores históricos alcançassem diversas culturas do Ocidente, é na vivência singular, mas também, coletiva, que se constitui a maternidade. Por isso, é factível pensar que, em uma mesma época, podemos conviver com suas múltiplas manifestações. Uma característica significativa da contemporaneidade é o tensionamento entre os valores tradicionais e os modernos. Nas discussões sobre crianças sindrômicas e/ou deficientes, há algo de especial no cuidado que recai comumente as mães. Um modelo de mãe que abdica da sua vida pessoal em função do seu novo papel. Se há um molde do qual toda mãe deveria se encaixar, como este daria conta da dimensão subjetiva do ser?

A seguir, Winnicott será convocado a contribuir a partir das suas teorias sobre função materna norteada pela pergunta “como se constitui uma mãe?”. Iniciaremos o capítulo posterior acrescentando a função paterna como aquela capaz de sustentar uma mãe e a problemática destas falhas, trazendo a especificidades da dinâmica familiar das crianças com síndrome congênita associada ao vírus zika.

2.4 A constituição de uma mãe a partir de Winnicott

Winnicott é um dos autores pós-freudianos que se ocupou em estudar as nuances da relação mãe-bebê. Diferente de Freud que “aplicou o que havia encontrado nos adultos para compreender a criança – e não apenas a criança específica como paciente, mas as crianças em geral” (Winnicott, 1941/2021, p. 159), Winnicott teve como referência inicial seu contato com

as mães e seus filhos, a partir de seu trabalho como pediatra. Este tornou-se o autor que acrescenta o ambiente como aspecto central da constituição psíquica. O enfoque passa a ser para a interlocução dialética entre a mãe e o bebê.

É um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam aos bebês, só podiam falar em termos das pulsões eróticas e agressivas do bebê. Era tudo uma questão de instinto pré-genital, de erotismo oral e anal e reações à frustração, com alguns acréscimos bastante bravios, feitos em termo de comportamento natural agressivo e ideias destrutivas, *agressivité*. O trabalho deste tipo teve o seu valor e continua a tê-lo, mas hoje é necessário que os analistas que se referem à natureza do bebê vejam o que mais se acha lá para ser visto. Para o analista ortodoxo, se ele examinar melhor, há alguns choques à sua espera (Winnicott, 1964/1991, p. 196).

Suas constatações excedem a proposta inicial da psicanálise, que enfatizando a análise das pulsões, fantasias e sonhos, priorizava o campo intrapsíquico. Se, sob o domínio de Freud, a teoria se debruçava sob o complexo de Édipo e suas reverberações para os meninos e as meninas, Winnicott agrega os primeiros tempos da dinâmica mãe-bebê sendo esta muito anterior ao que havia sido desenvolvido no Édipo. A reformulação de alguns princípios básicos da teoria psicanalítica a partir de um novo modo de teorização e de esquema conceitual (Serralha, 2016).

Há algo de inovador em Winnicott, que engenhosamente pragmático transforma sua experiência clínica em teorias psicanalíticas. Para ele, a psicoterapia está sob a ordem do brincar e esta brincadeira não é circunscrita por regras acordadas previamente. A vitalidade, presente na sua comunicação com o bebê e as crianças, parecia aos críticos algo mágico e até então, inalcançado pela psicanálise (Phillips, 1988/2006).

Em sua apresentação à Sociedade Britânica, em 1945, afirmou que o desenvolvimento de suas ideias não se originava a partir de recortes de teorias anteriores. Para ele, sua mente não funcionava deste modo. Ainda que estivesse atento às leituras prévias sobre a psicanálise, utilizava-se da sua experiência como norteadora de suas teorias (Winnicott, 1945/2021).

A escolha deste autor para esta pesquisa se dá pela direção em que a teoria desbrava o íntimo da relação mãe e bebê. A originalidade, em que utiliza sua linguagem a partir da clareza e simplicidade no modo de abordar seus conceitos mais complexos, fez dele um autor entendível pela sociedade comum. A pesquisadora frente a um contexto novo do qual se

apresentava as famílias com crianças síndrômicas também experienciou novos fazeres da clínica psicanalítica, recorrendo a Winnicott para encontrar algo que, a partir da transferência, sustente um ambiente suficientemente bom.

Para o Winnicott (1962/2021), não seria possível falar do bebê sem descrever o ambiente do qual está imerso. Ao nascer, o bebê não possui meios suficientes e predeterminados para manter sua sobrevivência. Nesse sentido, “a unidade é o arranjo ambiente-indivíduo” (Winnicott 1962/2021, p. 215-216). Ao lado dele, apresenta-se alguém que oferece uma série de recursos, como alimentação, higienização e interpretação dos seus sinais, ainda tão primitivos. Essa dependência absoluta exige alguém que se constitua para tal função, sendo assim, o que é necessário para que se haja uma mãe?

A vida intrauterina relativamente curta do bebê não o capacita a sobreviver sozinho ao nascer. Ao sentir fome, sono, frio, calor, dor, o bebê responde, criando um movimento no corpo e convocando alguém a exercer o papel de cuidado. Isto é precedido à comunicação verbal. O choro pode ser ouvido pela mãe como uma demanda que, quando atendida, permite a satisfação, fazendo parte de uma troca simbólica (Gomes, 2017). Nas palavras do autor:

quando o ambiente falha na construção dessa comunicação fundante da existência psíquica – seja por falhas no espelhamento materno, por falhas nos cuidados que propiciam o sentimento de confiabilidade no bebê, ou por outras falhas severas – o bebê fica traumatizado, interrompendo sua continuidade de ser e vivenciando as agonias impensáveis de não ser. Essa sensação de morte em vida, que está na raiz das psicoses e das patologias-limites, não poderá jamais ser evocada por associações livres, porque se trata de algo que deveria ter acontecido – a experiência da mutualidade, da confiabilidade, etc. – e não aconteceu (Gomes, 2017 p. 13).

O par mãe-bebê pode anteceder o nascimento. O período gestacional pode despertar interesse da mãe para com este bebê. Ainda no ventre, as mudanças fisiológicas despertam a atenção para as mudanças psicológicas que sutilmente vão aparecendo. É a partir disto que a mulher começa a se preocupar com estas mudanças, que estão ocorrendo dentro dela. Se assim acontecer, nasce um período chamado por Winnicott de *Preocupação Materna Primária*. Esta preocupação inicia-se, principalmente, no momento final da gravidez e pode perdurar até algumas semanas após o nascimento do bebê, sendo caracterizado por um estado de sensibilidade exacerbada. Assim, “a mãe é o bebê e o bebê é ela” (Winnicott, 1966/2006, p. 4). Para vivenciar o processo de elaboração deste período, a mãe requer de saúde mental para sair

deste lugar que é temporário, tendendo inclusive a reprimir esta experiência (Winnicott, 1945/2021).

“(....) há algo na mãe de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase de vulnerabilidade, e que a torna capaz de contribuir positivamente com as claras necessidades da criança. A mãe é capaz de desempenhar esse papel e se sentir segura; se sentir amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família; e ao se sentir-se aceita nos círculos cada vez mais amplos que circundam a família e constituem a sociedade (Winnicott, 1958/2011, p.03).

Na relação mãe-bebê, somente a devoção da mãe para com seu filho é a única motivação efetiva. Ela é mais do que uma especialista, é a única capaz de saber o que fazer com aquele bebê (Winnicott, 1950/2011). A mãe é vista com uma capacidade especial de fazer a coisa certa. Ninguém mais além dela pode saber o que o bebê está sentindo, pois é inerente à experiência entre mãe e filho (Winnicott, 1960/2011).

Para o autor, este período de adaptação sensível e delicada possibilita que o bebê caminhe em direção ao seu desenvolvimento sadio. Para isto, são necessárias adaptações em que a mãe possa corresponder às necessidades do seu bebê em um estado de “doença normal” (Winnicott, 1956/2021, p. 496), em que são excluídos quaisquer outros interesses em função da dependência absoluta e da provisão inicial de um ambiente suficientemente bom. Caso não haja a provisão deste ambiente suficientemente bom, o bebê poderá se defrontar com dificuldades inerentes à vida, ameaçando a aniquilação do eu do bebê (Winnicott, 1956/2021). Sobre a importância de um ambiente facilitador, Serralha (2016) retoma a proposta do autor para afirmar:

O ambiente facilitador, ao ser, para Winnicott, o ambiente no qual a continuidade de ser de um indivíduo pode acontecer sem bloqueios ou interrupções significativas, prevenindo o desenvolvimento de várias psicopatologias, tem, portanto, papel fundamental na possibilidade do viver criativo. Esse ambiente é, desse modo, a base para o sentido que o indivíduo pode dar à vida (Serralha. 2016, p. 91).

No recorte do contexto de um diagnóstico sindrômico com tantas complicações, a gestação é referenciada como alto risco para a gestante e para o bebê. Se, para o autor supracitado, é no estágio final da gestação em que a preocupação materna primária se torna

mais efetiva e concreta, é neste mesmo período que, diante de uma condição patológica que as recomendações médicas, as preocupações quanto à sobrevivência do bebê tornam-se mais presentes. Na mídia, é noticiado que aquele não é um bom momento para se ter um filho e é solicitado que as gestantes utilizem repelentes e evitem o contato com o vetor do vírus. Contudo, estas recomendações se afastam demais das condições sociais em que a mãe se encontrava. A rigidez ou inadaptabilidade da mãe, advindo da ansiedade ou estados depressivos, podem ter consequências antes mesmo do nascimento do bebê.

As mulheres que não conseguem abarcar da sofisticação extrema exigida pelo período de preocupação materna primária, inclusive, por fugir deste aspecto quase que doentio em prol da manutenção de sua saúde, podem apresentar no futuro um excesso de preocupação com o seu bebê. Uma tentativa de reparo para o que fora perdido. Não há garantias de que este período possa contemplar as necessidades da criança, podendo se prolongar devido às crescentes necessidades dos seus filhos e gerar distorções, tendo em vista as solicitações da criança em ser mimada (Winnicott, 1956/2021).

Assim, a função materna permeia a sensibilidade de perceber as necessidades mais precoces do bebê. Isto acontece a partir da identificação da mãe com o mesmo, iniciando o processo de constituição do *self* verdadeiro do bebê, que só é possível a partir do relacionamento com sua mãe. Nesse sentido, a *mãe suficientemente boa* é aquela que é capaz de reconhecer a onipotência do lactante e inclusive alimenta esta onipotência através da força dada a seu fraco ego (Winnicott, 1960/2007).

O bebê chega ao mundo com lampejos de sentimentos e autenticidade nas suas vivências com o corpo, se ele é olhado por uma mãe saudável e disponível para maternidade, esta responde aos seus movimentos com alegria, fornecendo segurança para o reconhecimento da autenticidade desse bebê. Na constituição do *self* verdadeiro, a mãe é a “testemunha constitutiva” (Phillips, 1988/2006, p. 186), em que “não ser visto pela mãe, ao menos no momento do gesto espontâneo, é não existir” (Phillips, 1988/2006, p. 185).

Quando olho, sou visto. Portanto, existo.

Agora me permito olhar e ver.

Agora olho criativamente e também percebo o que apercebo.

Na verdade, tomo cuidado para não ver o que não está lá para ser visto

(a menos que eu esteja cansado) (Winnicott, 1967/2019, p. 182).

Em seu texto *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, Winnicott (1967/2019) afirma que, possivelmente, influenciado por Lacan ao tratar sobre o estágio do espelho, percebe o uso do espelho como importante para o desenvolvimento do ego do indivíduo. Contudo, diferente de Lacan, Winnicott se propõe a estabelecer uma relação entre o espelho e o rosto da mãe. Para o autor, o bebê, inicialmente, vê a si mesmo, quando olha para o rosto da mãe. Se esta viola a onipotência inicial do bebê e reflete o próprio humor ou a rigidez das suas próprias defesas, a capacidade criativa do bebê pode se enfraquecer, forçando o *self* a se ocultar (Phillips, 1988/2006).

A partir disto, Winnicott liga o gesto espontâneo à ideia de um verdadeiro *self*, originado por uma autenticidade inata, presente desde os estágios iniciais. Enquanto o falso *self* é originalmente uma defesa contra a exploração do *self* verdadeiro, evitando a aniquilação, sendo uma experiência primitiva de autossuficiência na ausência do cuidado (Winnicott, 1960/2007).

Enquanto para o bebê a experiência com a mãe é inédita, sem qualquer medida para comparação ou julgamento; para a mãe, há um retorno para suas experiências como bebê, no qual ela própria viveu uma situação de dependência e, aos poucos, adquiriu autonomia. Esta pode ter brincado de ser um bebê ou de ser pai ou mãe deste bebê. Ao ficar doente, pode ter regredido a um comportamento de bebê ou quem sabe, ter observado os cuidados da mãe com seus irmãos mais novos. Talvez, ao longo da vida, tenha lido livros e tentando empreender um tempo a aprender como cuidar de bebês. A mãe pode retroceder à sua experiência infantil, mas para o bebê isto é impossível. Assim, a comunicação nesta díade se dará pela confiabilidade da mãe em manter a vivacidade do bebê, através da comunicação física, das brincadeiras, do empréstimo do seu próprio rosto, como protótipo do espelho e pela experiência de onipotência inicial (Winnicott, 1968/2012).

Winnicott (1950/2012) afirma que há duas categorias de conhecimento, das quais uma mãe jovem tem muito a aprender. Os especialistas se detêm a investigar coisas úteis para a sobrevivência física deste bebê, repassando informações claras para a mãe, desde as orientações sobre o parto até quais os alimentos adequados para nutrição do seu filho. Estas informações são alcançadas como resultados de pesquisa científica. Porém, há algo para além do conhecimento técnico-teórico, o qual acontece estritamente a partir da relação mãe-bebê, emanada a nível inconsciente e do qual não se é aprendido por meio de teorias. Sendo inviável dedicar-se a ensinar a ser mãe.

Ainda segundo o autor, este conhecimento intuitivo da mãe é de uma riqueza essencial, tendo em vista que não é conspurcado pelo aprendizado. Não se é ensinado, por exemplo, como um bebê deve ser segurado no colo. Para explicar mais sobre isso, Winnicott (1950/2012)

utilizou-se da expressão *holding the baby*, na tradução, *segurar o bebê*, como a capacidade da mãe de desempenhar a sustentação do seu filho em seu colo de forma segura. Sem ansiedade, a mãe adapta-se às necessidades do bebê, movendo-o em seus braços lentamente. Caso isso não aconteça, haverá o temor de deixá-lo cair ou a força brusca de apertá-lo.

Tudo isto é muito sutil, mas, ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real. Com esta capacidade, o bebê pode enfrentar o mundo ou (eu diria) pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram (Winnicott 1966/2012, p. 5).

As falhas maternas são fontes de crescimento e de amadurecimento psíquico do bebê. Estas falhas ajustadas, ao que é suportável ao bebê, promovem sua desadaptação gradativa, trilhando um caminho para reconhecer-se separado do outro, favorecendo uma relação com a realidade externa (Winnicott, 1953-1958/2019). É enriquecendo sua tessitura e ampliando o seu leque de relações que o sujeito se depara com o mundo.

A partir das considerações apresentadas anteriormente sobre a intrusão das equipes de especialistas em ensinar a mãe de uma bebê com síndrome congênita do vírus zika, sobre as condutas maternas esperadas para um bebê com tantas dificuldades de desenvolvimento, precipitam suas experiências de constituição da sua maternidade. As intervenções dos especialistas, apesar de necessárias para a sobrevivência do bebê, não poderiam sobrepor ao seu suposto saber enquanto mãe. A suposição da ignorância da mãe e o atropelamento das suas estratégias parentais dificultam ainda mais sua construção de ser mãe para aquele bebê com tantas demandas reais. Afinal, isso lhe rendia uma série de recomendações de cuidados, até então, inéditas para aquela cadeia familiar.

A tarefa pedagógica, nesse caso, é fadada ao fracasso. Culpabilizar a mãe, que tivera sua trajetória reconfigurada frente às demandas de um diagnóstico congênito do seu bebê, é invadi-la sob a premissa de discursos homogeneizados, generalistas e impessoais. As invasões excessivas, baseadas em saberes intelectuais, artificiais e mecânicos, se não ponderadas, podem invalidar o saber que se origina na intimidade da casa e dos braços da mãe.

O estado de preocupação materna primária, assim como mencionado, apesar de transitório, requer da mãe uma disponibilidade afetiva com o seu bebê, que perpassa pela identificação, a partir da sua própria experiência, o que pode levá-la a uma condição de desamparo semelhante ao seu bebê. Para Winnicott (1968/2020 p.120), “talvez haja uma

batalha de desamparos”. A extrema dependência e vulnerabilidade experienciada pelo bebê exige um ambiente suficientemente bom. O que acontece quando isto não é possível?

Se, para o bebê, a mãe precisa ofertar-lhe um ambiente que o sustente, quem sustenta a mãe? Como um ambiente pode ser suficientemente bom para uma mãe, que se encontra com um bebê diferente daquele que fora idealizado? Como, ao invés de invadi-la, o ambiente pode favorecer a constituição de uma maternidade possível?

Na medida que o ambiente se amplia, a complexidade das relações se mostra presente. Se discutimos a mãe como primeiro ambiente do bebê, agora teremos a presença de outros atores.

CAPÍTULO 3 – PARA ALÉM DE UMA MÃE: O AMBIENTE E O SEU PAPEL DE SUSTENTAÇÃO

Como já fora discutido anteriormente, o eixo central da teoria winnicottiana é a sua teoria do amadurecimento emocional. O papel desempenhado pela mãe, vale salientar que estamos discutindo a função materna e não a especificidade da mãe a partir de um olhar reprodutor, torna-se essencial para os primeiros tempos de vida do bebê.

Apesar de acusado de não dar ênfase ao papel do pai em suas teorias, revisitar o seu legado, sob a proposta de olhar minuciosamente para este lugar, é perceber que este sempre esteve às voltas da dinâmica mãe-bebê. Em Winnicott, a presença do pai está implicada desde o início da vida, descentralizando, portanto, da sua função junto ao complexo de Édipo como interventor e representante da lei.

O equívoco em pensar que Winnicott desvaloriza a função paterna pode ser recorrente da superficialidade em se debruçar em suas formulações. Mas o pai está lá, em muitos dos seus textos, sendo necessário para dar a sustentação da unidade mãe-bebê.

Conforme já fora relatado, diante de um contexto em que uma mãe se depara com uma problemática em torno do seu bebê, em que a partir do discurso médico é afirmado que seu bebê se desenvolveu de maneira inesperada, quem está ao seu lado para propor um ambiente seguro?

Quando retratado anteriormente o retrato social das famílias com crianças com síndrome congênita do zika vírus, é possível notar que a solidão materna é um dado cruel. Sob a equívoca responsabilização unilateral, a mãe em seu estado de vulnerabilidade social, cultural e afetiva, percebe-se diante de profissionais que caem no equívoco da culpabilização, não abrindo espaço para falhas e idiosincrasias do sujeito. Este é o entorno do qual muitas famílias se encontravam durante a epidemia da síndrome congênita do vírus zika. O espaço, ao qual estas famílias pertenciam, refletiu suas histórias alteradas, ajustadas, invadidas por um diagnóstico que fugia ao seu controle. Com ele, advinha uma série de recomendações, orientações, médicos, assistentes sociais, exames, cirurgias e tratamentos. Nenhum fenômeno assim pode ser visto sem significado algum.

Assim, entendemos que não há apenas uma mãe e um bebê. Se no início da vida esta díade inaugura as relações do bebê com o mundo, posteriormente, diante de seu processo de amadurecimento, outros sujeitos e instituições entram em cena.

É partindo disto que, para compreendermos melhor sobre o lugar ocupado pelo pai, lançamo-nos a investigar, em Winnicott, o que pudesse corroborar com nossa hipótese: o pai, sustentando um ambiente suficientemente bom, favorece a díade mãe-bebê.

3.1 Um pai que sustenta

Diante do objetivo desta pesquisa, o pai não será reduzido à dinâmica do Complexo de Édipo. Sem a primazia do Édipo e da sexualidade, estaremos voltados à compreensão das fases primitivas do amadurecimento e ao papel do pai nesse período. Não é posto, também, como objetivo esclarecer a questão da mudança de paradigmas, que a teoria winnicottiana proporcionou à psicanálise sobre o tema; mas sim, circunscrever a análise do papel do pai junto à mãe, como oferta de um ambiente suficientemente bom.

Retomando ao que foi abordado anteriormente, ao falar sobre o ambiente-mãe, Winnicott considera essenciais as experiências presentes nas relações inaugurais. Ainda que o bebê não tenha alcançado o desenvolvimento maturacional de reconhecer a importância da oferta de cuidados da mãe e do pai, sendo este uma terceira pessoa, é a partir disto que se inicia uma dinâmica em prol de um amadurecimento saudável. Assim, de acordo com o autor, antes do pai ser percebido pelo bebê, ele desenvolve um papel primário e fundamental, que é o de proporcionar um suporte à mãe e um lar ao bebê, impedindo a mãe de preocupar-se com coisas alheias à sua relação com o bebê (Winnicott, 1958/2007).

O cuidado paterno satisfatório pode ser classificado mais ou menos em três estágios superpostos:

- a) Holding.
- b) Mãe e lactante vivendo juntos. Aqui a função do pai (ao lidar com o ambiente para a mãe) não é conhecida da criança.
- c) Pai, mãe e lactante, todos vivendo juntos (Winnicott, 1960/2007, p. 43-44).

Ainda, segundo o autor, o uso da expressão “viver com” só é possível quando implicado com as relações objetais. No estágio inicial, o conceito de holding está associado a uma profunda dependência, que se inicia de forma absoluta; posteriormente, encontra a dependência relativa e, ao longo do seu desenvolvimento maturacional, destina-se rumo à independência. É a partir das nuances das experiências destes estágios que o bebê percebe os cuidados maternos destinados a ele e, assim, em um desenvolvimento saudável, adquire uma confiança no meio.

Se não há o favorecimento da confiança, a ameaça de aniquilamento invade o lactante, que precisa reagir em prol da continuidade de ser.

Em virtude de um diagnóstico sindrômico, no qual o bebê é exposto a uma série de intervenções e terapias, seu corpo fica marcado pelas diéreses físicas e simbólicas, pertinentes à sua condição. O ambiente, portanto, vai além da constituição familiar, incluindo o técnico médico/ciência nesta emblemática relação.

Segundo Loparic (1997), a convicção de Winnicott, em perceber que existem problemas anteriores ao Édipo, levou-o a conceituar as ameaças ao existir humano, à aniquilação e à quebra da linha do ser, do estado de não-integração, como angústias ou agonias impensáveis. Estas consideradas impensáveis, por antecederem a atividade nas relações representacionais de objeto, como percepção, fantasia e simbolização, advêm das falhas do ambiente-mãe com o bebê, desencadeando um ambiente não confiável e suficiente para assegurar seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Assim, “ele quer a presença segura da mãe, que lhe inspire a fé em si mesmo e no mundo” (Loparic, 1997, p. 383).

Porém, no encontro com o bebê, a mãe pode se sentir aterrorizada, em decorrência de vários fatores, a exemplo da sua própria vivência em ser um bebê, em torno dos cuidados maternos que lhe fora ofertado, ou quem sabe com uma identificação masculina acentuada. Em contrapartida, um outro dado se configura como desencadeador do que poderia ser chamado de distúrbio mental puerperal, da qual as mulheres estão sujeitas, que é a falta de proteção e segurança que possibilite a ela sua regressão, provando um colapso pela acentuação de sua vulnerabilidade.

É importante, embora óbvio, notar que, estando a mãe no estado que descrevi, ela se torna uma pessoa muito vulnerável. Nem sempre isso se nota, devido ao fato de em geral haver algum tipo de proteção estendida em torno da mãe, proteção esta organizada talvez por seu marido (Winnicott, 1960/2011, p. 23).

Desse modo, estando o marido/pai posto a oferecer-se como capa protetora, diminui os perigos externos, enquanto a mãe vive o momento da preocupação materna, voltando-se aos cuidados e às demandas do bebê. Um fracasso deste lugar pode ser um fator essencial para dificuldades no desenvolvimento de uma maternidade suficientemente boa. Neste aspecto, podemos perceber que se retira da mãe a responsabilidade unilateral de ofertar um ambiente favorável ao bebê. Para que assim aconteça, um ambiente propício à sustentação da mãe deve ser ofertado.

A interferência prematura do pai, na relação mãe-bebê, pode ser através de uma posição de mãe-substituta em decorrência da ausência da mãe por quaisquer motivos. O que interessa é o aspecto materno do pai. Nesse caso, duplica-se a figura materna, sendo o pai, aquele que evita a interrupção da continuidade de ser do bebê (Winnicott, 1988/1990).

Assim, o termo paternal só pode ser utilizado posterior ao termo maternal. Este último, sendo a atitude global de cuidados em relação aos bebês, na qual, gradualmente, abre-se o espaço para o mundo, nesse caso para o pai enquanto homem. Após sua entrada, surge a família, designada pela base da união das mães dos pais, dos quais compartilham aquilo que fizeram juntos, um novo ser humano, um bebê (Winnicott, 1968/2021).

Ao longo do seu trabalho, ao ser questionado pelas mães sobre o lugar do pai na criação dos filhos, Winnicott reporta às questões sociais presentes na época. No texto “E o pai?” (Winnicott, 1896-1971/2022), o autor traz a interrogativa para propor uma discussão sobre este que ainda participa dos cuidados com a criança de forma tímida. Para ele, apesar da singularidade na constituição de cada mãe e de cada pai em sua função, a ausência do pai em casa dificulta a assistência necessária para o bebê, que demanda atenção contínua. Contudo, aqueles que, assim contribuem, aumentam a potencialidade do vínculo com a mãe e, se esta permitir, poderão exercer atividades distintas direcionadas ao bebê. Nesse sentido, assume funções de cuidado com a mãe, que protegem a díade mãe-bebê, participando ativamente sem invadir aquilo a ser constituído em par. Para isto, ele não precisa estar presente todo o tempo, cumprindo essa missão, mas o suficiente para que a criança constitua o pai como um ser vivo e real.

À medida em que o bebê se desenvolve, a presença do pai real pode vir a ser, ainda que inconsistente, o primeiro vislumbre da integração da criança. Caso haja falhas do pai nesse momento, pela inconsistência da relação ou ausência, o bebê buscará algum outro relacionamento que seja estável ou terá um trabalho ainda mais árduo no seu desenvolvimento (Winnicott, 1969/1994).

Nesse sentido, o enriquecimento provocado pela presença do pai na vida de seu filho é evidente ao longo da teoria winnicotiana. Ainda que o autor fundamente sua teoria a partir do que é possível para mãe ofertar ao seu filho, esta condição que se compõe a partir da sua própria saúde física e emocional, também advém da organização de um espaço protetor, que permeie o entorno da vida desta mulher. Sendo assim, a mãe não depende apenas da sua saúde mental, visto que é afetada pelo ambiente. Se este ambiente-pai não lhe propõe a segurança fundamental para a vivência temporal, que os primeiros momentos da vida do bebê anseiam, o colo materno pode não compor o ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento do bebê.

Apesar de a constatação de certa obviedade do que fora dito, é possível perceber que Winnicott destaca o lugar do pai como um papel específico, diferenciado de qualquer outro apoio. Dada à natureza da relação mãe e pai, a cumplicidade, em que ambos se responsabilizam nas tarefas de cuidar e educar e de cumprir esta missão juntos, favorece o círculo de proteção que o bebê habita. Dentro deste quadro teórico, os papéis, ao longo do processo de amadurecimento pessoal do bebê, são variáveis, mas exigem continuidade.

Na atualidade, mulheres continuam interrogando o papel dos pais frente aos cuidados com as crianças. Ainda que este debate esteja mais presente e não se estabeleça necessariamente pelo viés biológico da procriação, a função de cuidados ainda é direcionada às mulheres. Porém, nesta pesquisa, levaremos em conta a função materna, a partir da oferta de um ambiente propício ao desenvolvimento do bebê, a partir da sua integração pessoal e constituição do *self*. A partir do que fora discutido, é necessária a presença espontânea de alguém que seja capaz de realizar esta função suficientemente bem, mas ao nosso ver, não necessariamente atribuída àquela que gesta o bebê. O pai poderá, assim, exercer a função, bem como outro membro da família, ou de uma instituição, ou de uma família substituta. Partindo disto, a função paterna de sustentação deste ambiente também seria variável, inclusive sendo representado por outros atores que se ocupassem em proporcionar um ambiente saudável para a dupla mãe-bebê.

Ao aprofundarmos na discussão sobre as famílias, em que seus bebês foram diagnosticados com síndrome congênita do vírus zika, percebemos que as pesquisas apontam a presença da mãe, especificamente genitora, como principal cuidadora das crianças. Inclusive, trouxemos esse recorte mais direcionado ao apresentarmos os efeitos da Pandemia do COVID-19 na continuidade dos cuidados das crianças. Um dado que examinamos foi a sobrecarga a qual as mulheres estavam submetidas, agora com o acréscimo das estimulações terapêuticas que os profissionais orientavam através do atendimento remoto. Arelado a isso, a responsabilidade com os cuidados com a casa, com outros filhos, com as questões sociais, como renda, moradia, acesso à infraestrutura e às condições básicas de sobrevivência, entregues às mães que, como malabaristas, tentam encontrar estratégias de enfiamento, muitas vezes sem apoio.

Na experiência clínica, o papel do pai frente aos cuidados com as crianças síndrômicas era secundário. A presença durante o acompanhamento das famílias era rara e, por vezes, submetida a um convite ou, nos casos que se tornaram judiciais, intimadas. O abandono paterno já conhecido no Brasil pelos dados alarmantes parece potencializado quando algo não vai bem com o bebê. Não foram encontrados estudos específicos do papel dos pais em crianças com

síndrome congênita do vírus zika e quando pesquisado sobre a dinâmica familiar a referência é comumente da sobrecarga das mães e da ausência dos pais.

Em estudo realizado na cidade de Petrolina/PE, uma das mães expõe este cenário, “eu estar só, tá fazendo o papel de mãe e de pai dele né (...) às vezes eu coloco ele no carrinho, mas ele fica chorando...” (mãe da CR001). No mesmo estudo, outra mãe afirma que, pelo constante choro da criança, o pai fica estressado, o que resulta em discussões dentro de casa. O desgaste da relação matrimonial, diante das dificuldades vivenciadas nestes primeiros tempos, foi apontado como um fator contributivo, que culmina em separações e divórcios. Apenas uma mãe informou que o companheiro tornou-se mais presente nas atividades do dia a dia, apresentando, segundo ela, melhora no comportamento (Sá, et. al, 2020).

Reiteramos que este pai também pode se ver atravessado na constituição de sua função pelo diagnóstico de uma síndrome em um filho também idealizado por ele. As circunstâncias desfavoráveis podem provocar a obstrução do fluxo natural da constituição de um lugar com tantos desafios, que é a paternidade. Há algo sobre a realidade da saúde do filho, que incide sob o desejo dos pais, e que excede o entendimento superficial do que é pensado sobre ser pai ou mãe.

3.2 O saber científico enquanto invasor do ambiente

Não existe uma medida em ser suficientemente bom. Permitir as falhas é abdicar da fantasia da perfeição, daquilo que se é completo e que viria a satisfazer seus desejos e necessidades. Há muito a se constituir no encontro com o gestar e com o bebê. Insistir em constituir uma relação com o desconhecido é investir na potencialidade deste encontro.

Em muitos momentos em que Winnicott escreve sobre o exercício da maternidade, direciona-se às equipes de saúde que, envoltas por uma mãe com seu filho, precisam ser sutis em oferecer ajuda. Essa sutileza é a morada do respeito, ao que se apresenta ainda de forma tão primitiva. Ao observador, poderá haver muitos ajustes na forma como um bebê é segurado, é manejado durante o banho ou na oferta de alimentação. Porém, o autor defende que deve haver liberdade para que esta constituição seja natural, espontânea e verdadeira.

A grande questão levantada por esta pesquisa é provocar a discussão quando este bebê demanda a entrada de muitos especialistas por uma condição de saúde delicada. Não cabe ao nosso lugar de pesquisador questionar a validade das intervenções realizadas, mas propor que uma oferta de um ambiente suficientemente bom onde o potencial materno possa se fazer

presente, não o substituindo pela mecanicidade de um saber universal e imperativo, é favorável a díade mãe-bebê. Somente através da sutileza dos pequenos gestos de acolhimento e cuidado, é que uma equipe pode se aproximar das vicissitudes de uma maternidade em construção.

O que podemos fazer como médicos e enfermeiras é evitar interferências. Trata-se de algo realmente simples. Temos que saber qual é a nossa especialidade, e temos que saber exatamente de que forma as mães realmente necessitam de cuidados de médicos e enfermeiras. De posse deste conhecimento, facilmente deixamos a cargo da mãe exatamente aquilo que ela é capaz de fazer sozinha (Winnicott, 1968/2012, p. 56).

Ao usar o exemplo da amamentação, Winnicott (1968/2012) afirma que, para além da alimentação em si, a relação objetal constituída nesse estágio inicial estabelece um padrão da capacidade de relacionamento da criança com os objetos e com o mundo. Apesar de o saber médico sobre a fisiologia aplicada à amamentação ou pela alimentação por mamadeira, este não deve ser exclusivamente um reflexo instintivo, mas sim, uma experiência vital de constituição do sujeito. Portanto, esta mãe pode ser ajudada se lhe é ofertado apoio, mas invadida por esta camada do conhecimento ligado às palavras sente-se violada em sua capacidade de criação. Para o autor, há algo da formação dos profissionais de saúde, que recondiciona o interesse dos mesmos, “é estranho, mas o treinamento que médicos e enfermeiras recebem quanto aos aspectos físicos é algo que, sem dúvida, faz desaparecer parte de seu interesse pelos bebês, enquanto seres humanos” (Winnicott, 1968/2012, p. 52).

Soler (2021), em seu texto sobre a Marca Materna, publicado originalmente no Brasil sob o título *A mãe no inconsciente* e agora reeditado como capítulo de uma obra organizada por Daniela Teperman, Thais Garrafa e Vera Iaconelli, chama atenção para o fato de que o declínio da mediação paterna tenha ocasionado a ascensão dos especialistas, como aquele que pode intervir diante da carência paterna. “Há uma legião desses que se oferecem para se interpor no par primário, para dizer às mães o que elas devem ou não fazer” (Soler, 2021 p. 71). Estes conselhos direcionados à mãe circunscrevem a ideia de que uma mãe não pode assumir sozinha a função de humanizar seus filhos.

O especialista em gestação, em parto, em aleitamento e em puericultura vem suprir aquilo que a cultura perdeu em termos de transmissão geracional, o que poderia ser considerado uma grande conquista, afinal as mulheres estão cada vez mais libertas de tarefas que antes lhes eram impostas e mais aptas a desempenhar novos papéis sociais.

Porém, esse suprimento se torna preocupante à medida que a entrada do especialista se faz pela suposição de que as mulheres são incapazes ou estão doentes (Iaconelli, 2020, p. 74).

A mulher outrora retida sob o discurso da igreja, do Estado, agora se vê diante de profissionais que argumentam a partir da primazia da ciência sobre o exercício adequado da maternidade. A desautorização da ciência doméstica, em paralelo à ciência da medicina, incide em práticas e protocolos que negam a subjetividade dos pais. Esses ruídos, por vezes estrondosos, afirmam darem conta do que é melhor para as crianças, conforme o interesse do corpo médico. Nesse sentido, sob o olhar da medicina, mãe e bebê são incapazes de existir sem sua contribuição, que os transformam em doentes, necessitando de outras intervenções (Iaconelli, 2020).

Ao falar sobre isso, a autora discute sobre a violência obstétrica, os altos índices de cesarianas e a amamentação. Ainda que sob o discurso da escolha da mulher, estes fenômenos perpassam a ordem do biopoder, sendo a patologia do corpo social a eliminação da subjetividade. O corpo que busca a perfeição, agora encontra uma aliada: a biotecnologia. Isso gera à medicina o *status* de ciência ilimitada, diferente de mãe constituída por inúmeras inseguranças, medos e falhas. Tal fato potencializa a sensação de inadequação e a sujeição aos ditames dos especialistas que se propõem a socorrê-la.

O controle do corpo e da sexualidade já fora discutido em outros tempos da história da humanidade. Quando percorremos à fundamentação discursiva sobre a mulher, a partir do imaginário social, deparamo-nos com a naturalização da dominação masculina e com os instrumentos utilizados para o controle destes discursos. À serviço da manutenção de um feminino domesticado, reprimido e dominado, ora associando a mulher à maternidade, ou aos afazeres doméstico, a ideologia da inferioridade feminina é mantida, agora escorrendo por outros lugares.

Foucault (1988) é um dos teóricos que contribuem para analisar o poder, encontrando especificidades deste para além do Estado, não estando na verticalidade de cima para baixo, mas sim, circulando e ascendendo. Isso significa pensar que, enquanto estamos submetidos ao poder, também nos encontramos no exercício deste.

“A análise em termos de poder não deve postular, como dados iniciais, a soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade global da dominação; estas são apenas e, antes de mais nada, suas formas terminais. Parece-me que se deve compreender o poder,

primeiro, como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si. (...) O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (Foucault, 1988 pp. 88-89).

Assim, o que o autor chama de poder disciplinar substitutivo à soberania tem como função o adestramento das multidões confusas para transformá-las em segmentos combinatórios. Nesse sentido, o poder não está atrelado a uma instituição específica, mas em sua dinâmica atende às necessidades de um momento histórico, com suas especificidades econômicas, jurídicas, políticas e científicas, extraindo a autonomia e provocando submissão a ele.

O triunfo do capitalismo não seria possível sem uma série de tecnologias que permitissem o controle dos corpos a partir do biopoder. As necessidades de uma era pós industrialização, urbanização e aumento demográfico exigiam um elemento o qual a vida se sujeitasse e que provocasse o controle das massas populacionais. A esfera de atuação do biopoder era o coletivo e a ciência produz discursos de verdade sob o fenômeno da vida, da morte, da saúde, da patologia e da sexualidade. O enunciado do saber médico caracterizava os casos patológicos e de anomalias, sendo estes desviantes da construção conceitual da época (Foucault, 1988).

Ainda, segundo o autor, a essência da crítica à profissão médica não é essencialmente por esta ser um empreendimento lucrativo, mas sim, por exercer um poder sem controle na produção de subjetividade dos sujeitos. As lutas são travadas nesta relação entre quem detém o saber, produz efeitos que aprisionam e transformam os indivíduos, controlando suas vidas.

Desse modo, Birman (2000, p. 85) afirma que: “do ponto de vista estritamente filosófico, o que está em questão no projeto teórico de Foucault seria a desconstrução da tradição da filosofia do sujeito”. O produto teorizado como sujeito deriva-se de uma história recheada de pontuações de poder-saber. Sendo assim, conforme mostrado por Foucault, a partir da analítica do poder, o sujeito está sob sujeição (da história, da política) mais do que como participante ativo da ordem fundadora do mundo.

As transformações aceleradas do mundo e a complexidade em que as relações estão se constituindo, o corpo feminino, sob a ótica do masculino recai enquanto objeto de disciplina,

de controle social e das relações de poder. É preciso compreender que essas relações, dadas *a priori* a partir da submissão do corpo e da sexualidade da mulher, presentificam-se nas relações sociais contemporâneas, ainda que sob um discurso neoliberal em que cada sujeito é dono do seu próprio destino.

O corpo da mãe, que explanamos durante esta pesquisa, é marcado pelo seu lugar de mulher, de gestante, de transmissora do vírus e por fim, daquela que não se faz suficiente para prover a sobrevivência do seu filho. Os atravessamentos da dinâmica do biopoder desautorizam essa mãe e negam a sua subjetividade. O seu corpo que já não era seu, dá origem a um bebê que também se destina ao outro, dessa vez aos especialistas. O corpo do bebê é alvo de grandes investimentos de pesquisa, de intervenções e tratamentos, além de serem preciosos, almeçados e idealizados. Nesse sentido, é dado origem a um corpo que é defeituoso, que falha sob a ótica de um desenvolvimento saudável.

“(...) nem sempre o discurso social coincide com o parental, sendo a clínica o lugar privilegiado no qual a divergência entre esses discursos se faz revelar por meio do sintoma, das atuações, das passagens ao ato e das escolhas do sujeito, nem sempre fáceis (Iaconelli, 2020, p. 126).

É partindo disto que Birman (2000) argumenta que a teorização de Foucault. sobre biopoder. pode servir como ponto de partida para revisitar a psicanálise. De modo a responder às novas formas de subjetivação e os desafios do mal-estar na atualidade, as teorias psicanalíticas, bem como suas práticas, devem contemplar aspectos éticos e políticos do sujeito contemporâneo.

O autor, ao analisar o sujeito da contemporaneidade, alerta sobre as mudanças no campo do saber da psicanálise, que usufruía de uma referência em decorrência da tradição teórica do saber psíquico. O seu nascimento, enquanto ciência, evidenciou o sofrimento centrado no conflito psíquico, a partir das interdições morais que se opunham aos imperativos das pulsões, agora após o deslocamento do mal-estar, em que se inscreve “nos registros do corpo, da ação e das intensidades” (Birman, 2020b, p. 65).

Cabe lembrar que, em Freud, já havia um engajamento social da psicanálise, no qual existe o princípio de que o sofrimento que emerge na clínica não pode ser desviado da sua dimensão social. Tendo em vista que os modelos de aparelho psíquico são constituídos a partir da dinâmica cultural que convoca o normal e o patológico de cada momento histórico, a teoria

psicanalítica assume a historicidade dos sofrimentos e a dependência do contexto social em que surgem (Silva Junior, 2021).

A psicanálise é o espaço de elaboração dessa fala singular, a princípio interdita, que procura se fazer ouvir apesar da dominação, da negação, da ascendência e da perversão; e o analista deve, com muita frequência, se fazer testemunha de um sofrimento mudo e sem nome que pode vir a se apossar do real do corpo e do qual somente o trabalho de cura pode libertar o sujeito. Essa possibilidade de o sujeito retomar seu destino, liberar os caminhos para seu desejo e sair de sua inferiorização é a promessa aberta pela psicanálise. No tumulto da dominação contemporânea e no momento do retorno ameaçados do paradigma da etiologia organicista, a cura pela fala permanece, graças a seu alcance revolucionário, eminentemente preciosa para os tempos presentes (Gabarron-Garcia, 2023, p. 26).

Especificando ao nosso objeto de pesquisa, pensaremos na psicanálise como aquela que se faz presente junto a uma mãe e a seu filho, com a oferta de sustentação de um ambiente suficientemente bom. Para isto, precisa estar atenta às sutilezas das transformações sociais e a ouvir o que do outro é estrangeiro.

3.3 A psicanálise como uma sustentação possível

Diante do que já fora dito, é sugestivo pensar que a proposta de uma psicanálise de Winnicott atende a algo que pontuamos acima: aos acontecimentos sociais e históricos. A fuga da rigidez do mundo interno como foco central da constituição psíquica do qual outros autores pós-freudianos se detiveram a estudar, como Klein, faz de Winnicott um teórico livre para ampliar o repertório psicanalítico. É assim, como médico compromissado com a clínica social, atendendo a muitos bebês e suas mães, que este chega ao desenvolvimento de uma teoria ao seu próprio estilo.

O tratamento de crianças, os casos de psicose, o debruçar sobre os sintomas característicos da tendência antissocial motivaram um desenvolvimento teórico com modificações significativas para o método de tratamento psicanalítico. As situações clínicas consideradas difíceis de serem tratadas, por uma psicanálise tradicional, foi viabilizada por uma

ampliação do método capaz de resolver questões clínicas com as quais a psicanálise ainda não havia produzido respostas efetivas.

Ao que já discutimos anteriormente, com Winnicott, é possível afirmar que a constituição do ser humano depende da presença do outro. A sessão psicanalítica, que deve ter um começo, um meio e um fim, assim como o ciclo da existência humana, advém de um bom manejo, em que a regressão para que o ponto de angústia impensável seja alcançado. A espátula que, por hora é objeto de interesse e por fim é jogada fora, representa a relação que se constitui com o analista, que, em um dado momento, também irá embora (Winnicott, 1941/2021).

Sendo o pediatra pioneiro a praticar a psicanálise na Inglaterra, costumava se posicionar entre suas observações clínicas, com o que advinha do tratamento psicanalítico. A partir desta união, projetou a raiz da cura como significado de cuidado, em que o analista deve ter uma capacidade de esperar a resolução pelo próprio paciente. O analista seria, portanto, um anfitrião em que, a partir da provisão de um ambiente adequado, ambiente de *holding*, cria um *setting* analítico onde seja possível a retomada da continuidade de ser (Phillips, 1988/2006).

O *setting* analítico, para Winnicott (1954/2021), reproduz técnicas de maternagem, em que o paciente retorna ao contexto de dependência absoluta ou de dupla independência para criar uma situação bem-sucedida, caso isso não seja possível, progredir para um verdadeiro *self*, que agora é capaz de enfrentar as falhas no ambiente. Para isso, é imprescindível que haja a confiabilidade, para que o paciente trace seu próprio trajeto em seu próprio tempo.

Para apresentar alguns casos, sugere uma divisão destes, conforme o aparato técnico que estão requerendo do analista. O primeiro grupo corresponde aos pacientes que apresentam dificuldades no curso normal da sua relação em família, mas que não há grandes falhas no ambiente, encontrando um desenvolvimento satisfatório. Estes, pelas características de seu desenvolvimento, a técnica psicanalítica tradicional desenvolvida por Freud alcança seus objetivos. Um segundo grupo estaria às margens da sua constituição como indivíduo, sendo uma análise da posição depressiva, na qual o termo desmame assume um sentido. A busca pela análise está sob o reconhecimento da dependência e da junção do amor e do ódio. Já o terceiro grupo, inclui os pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais, em que a estrutura não tem uma base sólida, a mãe, portanto, precisa segurar concretamente a criança, para aquisição do *status* de unidade (Winnicott, 1954/2021).

O ambiente é definido em função do processo maturacional do paciente, ou seja, na totalidade de cuidados que são definidos a partir de cada etapa do seu desenvolvimento emocional. De forma distinta dos alicerces teóricos da psicanálise tradicional, em termos de comunicações verbais, o manejo pode ser a compreensão da manutenção de um silêncio, da

liberdade que atenda às necessidades do paciente ou da proteção contra as intrusões. São esses aspectos que darão contorno ao modo como o analista e o paciente farão da análise um espaço potencial para a espontaneidade. Esta aliança emergirá o verdadeiro *self* do paciente, e é a partir disto, que poderá ocorrer o tratamento na perspectiva da clínica winnicottiana (Loparic, 2011).

Vale o destaque que não cabe afirmar que o manejo da clínica winnicottiana é simples e advém puramente da permissividade dada ao paciente para fazer o que se quer. Mas sim, interpretar o que faltou no fornecimento de um ambiente adequado, durante o seu processo de desenvolvimento e, a partir disto, encontrar estratégias de comunicação e de experiência.

O analista, enquanto ambiente, não está fadado à exclusividade da exatidão da interpretação, mas em identificar o que é necessário para que o paciente retorne e satisfaça suas necessidades. Essa dinâmica permite pensar no *setting* analítico como “um meio de crescimento pessoal, não exclusivamente o fornecimento de uma tradução convincente do inconsciente” (Phillips, 1988/2006, p. 198). Assim como a mãe, o analista provém o ambiente para que este seja favorável às tendências inatas do desenvolvimento maturacional.

Em uma situação em que mãe-bebê estejam em análise, uma postura fundamental é pautada na não-intrusividade, esta pode ser expressada pela manutenção do silêncio, por exemplo. Estar junto como em um jogo de espera poderá ser uma ferramenta potente em que o gesto espontâneo emergirá. Winnicott (1954/2021) ressalta que o analista deve dispor da confiança da mãe devotada ao bebê, propondo-se a ser paciente e tolerante, na medida em que a relação analista/paciente vai se constituindo. Isto sugere que os pressupostos da técnica e da teoria winnicottiana fornecem um ambiente protetor e contínuo, suscitando esperança e potencialidade, para que o paciente retome seu desenvolvimento emocional.

Pensando na particularidade desta pesquisa, Winnicott (1966/2006) aborda que a melhor forma de ajudar as mães é a partir da potencialização da confiança em si mesmo e na sua capacidade de cuidar do seu bebê. Desse modo, ao contrário da posição pedagógica e vertical em tentar ensinar as mães como cuidarem de seus bebês, é necessário reconhecer seus esforços em atender às necessidades do seu filho. Essa capacidade não está vinculada ao nível de cognição ou inteligência, muito menos do quanto se empreendeu estudos através de manuais, livros e palestras sobre o cuidado infantil, mas sim da assistência em que se presentifica o afeto, a disponibilidade e a confiança.

Se a psicanálise hoje revisita sua epistemologia, pelas provocações das múltiplas subjetividades que emergem e buscam nessa ciência uma explicação para seu desamparo, as formulações de Winnicott o coloca cada vez mais atual. A modalidade de atendimento, em que se amplia a clínica para a dimensão do social, é embasada pelas novas possibilidades de atuação

de psicanalista, presentes nos serviços do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único da Assistência Social, das instituições de abrigamento de crianças e adolescentes, nos consultórios de rua e em tantos outros espaços, nos quais a escuta poderá ser ofertada como ferramenta criativa diante dos impasses de existir na atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de retomar as pontuações levantadas durante esta pesquisa, gostaria de escrever sobre a maneira em que essa dissertação foi concluída, correlacionando, majoritariamente, a construção deste trabalho com a performance em se tornar uma mãe suficientemente boa. *A priori*, a palavra conclusão me remete a algo que não abarca aquilo proposto em um trabalho como este. Um mestrado comumente é visualizado como uma etapa, uma parte importante e com objetivos próprios de uma formação contínua, do qual um pesquisador está imerso. Ainda que seja uma palavra com pouco uso, e aqui não dou a ela a utilização como título, concluir esta escrita, dar tessituras e acabamento foi o maior desafio.

Escrever sobre maternidade sempre me pareceu um caminho possível. Antes mesmo do que a clínica me apresentava, o entorno mãe e bebê já fazia parte do meu imaginário como objeto de estudo. Estar no CREAS, enquanto psicóloga, colocava-me diante de uma prática diferente do que havia vivenciado durante a formação clínica direcionada ao consultório privado. O espaço público em que o serviço se insere demanda do profissional criatividade com o encontro da subjetividade do outro. As escutas, em suas singularidades, podem ser exercidas nas residências das famílias, em escolas, em abordagens na rua e onde o fenômeno do cuidado puder se sobressair. Viver aquela experiência colocava em questão a minha formação baseada em uma psicanálise mais institucionalizada, inserida em um contexto de famílias de classe média ou alta. Em um serviço assistencial o profissional, encara a fome, a violência e as condições precárias de sobrevivência e eu vivia a me perguntar como ouvir o inconsciente daqueles sujeitos tão marcados pela dinâmica do real.

A teoria winnicottiana me apresentou um conceito novo relacionado ao ambiente e foi partindo dele que me propus a encontrar direções de cuidado, que ampliavam as intervenções. Se antes me questionava se aquilo que eu oferecia era de fato uma psicanálise, Winnicott foi revelando, no seu saber-fazer também inserido em um espaço público, que me era possível. Um entrelaçamento da teoria e prática que se deu a partir do encontro com o fenômeno que é o social. Uma constituição própria de uma família despertou o meu interesse em aprofundar os estudos sobre a dinâmica inaugural da relação mãe-bebê.

Uma mãe e sua filha que chegaram ao CREAS por encaminhamento da rede de proteção socioassistencial, por denúncia de negligência, levou-me a pensar como um diagnóstico da síndrome congênita do vírus zika poderia circular na constituição daquela maternidade. Nitidamente, apresentava-se uma mãe angustiada com as intervenções massivas das quais sua bebê e ela estavam condicionadas. Em paralelo a isto, a inabilidade de quem só encontrava nas

orientações médicas um caminho que propiciasse o conforto e a manutenção do manejo dos cuidados com a criança, tendo em vista suas necessidades singulares. Trajetórias reconfiguradas, a partir da picada de um mosquito, mosquito esse que nos vence como sociedade há meio século.

Seria impossível falar teoricamente sobre mãe e bebê sem desenvolver algo sobre o acontecimento que me fez embarcar pelos caminhos do estudo sobre a maternidade. Foi assim que as vinhetas clínicas, deste caso em questão, com suas particularidades de pontuar aquilo que se sobressai na escuta do sujeito, deram a esta pesquisa o estatuto de pesquisa teórico-clínica. Afinal, seria possível explanar sobre psicanálise sem que para isto a clínica estivesse sob investigação?

Um diagnóstico que levantava uma série de pilares de inquietações como medo, revolta, recusa e um sentimento de invasão levava uma mãe a uma profecia de algo que era fadado a falhar. Porém, deparo-me com a escolha da mãe pelo nome da sua filha, que tem como sinônimo um triunfo. Como uma negação ao peso de um rótulo, mas um prelúdio de uma difícil jornada que estava por vir. Vejo que a construção deste texto aconteceu de forma semelhante, com muitas adversidades e percalços no seu caminho. Escrever uma dissertação sobre maternidade e simultaneamente viver um luto materno fora um momento de inflexão, talvez o mais significativo em minha vida, que exigiu de mim encontrar uma saída possível. Penso que algo dessa natureza acontecera com as mães que idealizaram uma maternidade e o nascimento de um filho saudável e se depararam com um diagnóstico sindrômico, cheio de estigmas, que reverberava no desenvolvimento de seus filhos e de suas vidas. Apesar de a interdição do fluxo natural das demandas de saúde e sua incidência sobre os desejos dos pais, há algo de espontâneo que cria um lugar de esperança e de potência. Investir em um bebê, ou em uma pesquisa, mobiliza os afetos de uma dinâmica para além do ordinário.

A constituição, portanto, da maternidade perpassa sobre o reconhecimento do filho, um filho real, no qual o tempo para que isto aconteça é subjetivo e não responde a uma lógica linear. Portanto, é a partir da continuidade dos cuidados que se oferece um ambiente seguro, para que um bebê exista, da mesma maneira está escrita somente ao se tornar concreta e verossímil, quando há dedicação e zelo sobre ela. Maternar, cuja escrita é um testemunho vivo da potência criativa que se traduz em legado e descendência.

Retomando a questão inicial, não nos cabe mais dúvidas de que sendo a maternidade um movimento complexo de filiação simbólica, um diagnóstico de uma síndrome ainda pouco conhecida, acompanhado de intervenções massivas e intrusivas podem reverberar na fluidez da constituição da relação mãe-bebê. Entende-se, a partir do que foi apresentado, que a figura da

mãe é comumente aquela que acompanha o bebê desde os momentos iniciais. São essas mulheres que recebem as primeiras notícias, quando há uma hipótese diagnóstica e em consequência disso são encaminhadas para os serviços de alto risco, que dão conta de realizar os exames necessários para que se seja encontrado o diagnóstico. A marca desse evento pode provocar tessituras nos cuidados maternos que não são idênticos aos dos cuidados profissionais.

A formação dos especialistas, baseadas nos manuais de diagnóstico, decorrente de um constante aperfeiçoamento das classificações nosográficas, baseiam-se naquilo que é sinalizado pelo sintoma. Sendo assim, é tendenciosa a premissa de um cuidado que está em voltas de quantificar e padronizar um procedimento em prol da remissão da patologia. Eliminação e controle seria, portanto, a meta universal para assistência eficaz em saúde. Porém, a pretensa restituição normativa não considera as condutas terapêuticas individualizadas, que inclui a singularidade do sujeito, não se configurando em uma prática reducionista.

Não cabe aqui afirmar que os profissionais estejam inaptos a realizar o acolhimento das famílias com bebês atípicos. Contudo, estes desafiam a própria formação do especialista, tendo em vista que os sintomas se apresentam sob um incômodo daquilo que não se pode controlar. Na experiência que resultou nesta pesquisa, em um serviço socioassistencial, além da incisão dos profissionais de saúde, a família estava sob os olhares dos conselheiros tutelares do município, dos profissionais do judiciário e das equipes multiprofissionais de proteção à criança, onde estava inclusa como psicóloga.

A trajetória inicial da vida do bebê é marcada por consultas intermináveis, expondo o mesmo e sua família a orientações de diferentes áreas do conhecimento, que podem colocar em dúvida constante quanto ao modo de uma mulher exercer sua maternidade. Assim, em função desta constatação, a atuação da psicanálise estaria em volta de dar contorno ao que se inscreve na experiência destas famílias, através da escuta do inconsciente. Permitir a elaboração da crise que se presentifica diante de um diagnóstico que provoca dor, angústia, medo, culpa, decepção, entre outros afetos, é capturar a continuidade da vida da mãe. Ao que foi percebido, no caso em questão, sob a lógica dos profissionais que a acompanharam essa, deveria reprimir todos os seus sentimentos para cumprir uma agenda de consultas e terapias e se empenhar em aprender os manejos de cuidados necessários para promover mais conforto ao bebê. Vale retomar ao ponto de que o cumprimento dessa agenda necessitava que a mãe viajasse para a capital do estado por, em média, 150 km. Por diversas vezes, em transporte que não lhe garantiam conforto adequado e que causava incômodos e irritabilidade no bebê. As faltas nas consultas, que resultaram na denúncia por negligência, anunciam que algo não corria bem no desenrolar da rotina com o bebê. A resposta da mãe era exprimida em comportamentos agressivos

direcionados às equipes que transformavam isso em engodo, para justificar a suposição que esta mulher não seria adequada a cuidar daquele bebê.

A maternidade, vivida de modo tão singular e íntimo diante das fantasias, dos enredos geracionais é posta à avaliação do coletivo, fazendo a mãe recuar e buscar a privacidade do seu lar e da sua família. Um acontecimento que marca significativamente essa atuação se deu em um momento em que a equipe do CREAS, psicóloga e assistente social, visita a casa da família pela primeira vez e a mãe nega-se a abrir a porta, como alguém que protege seu espaço e livra-se do confronto de mais uma vez ser posta a falar sobre sua conduta. Foi partindo de um outro lugar, em que à sua maneira e ao seu tempo, o sofrimento dela foi posto em questão. Esse encontro com a mãe só poderia ser possível se fosse reconhecido o seu estatuto de sujeito que, naquele momento, parecia não ser visualizado. Uma mãe com uma bebê com tantas demandas, uma única bebê com aquela síndrome em um pequeno município, não despertava na equipe um interesse de ser cuidada e sim, ser ferramenta de produção de bem-estar para a criança. Naquele momento, diante das dificuldades do bebê, não são visualizadas grandes evoluções no seu desenvolvimento cognitivo e motor, sendo atribuído inclusive ao fato da mãe não estimular tanto o bebê.

Nota-se que o discurso de responsabilização materna permeia o caso durante todo o seu desenvolvimento. A criança que se contamina através da transmissão vertical já configura um lugar em que a mãe é uma peça fundamental. As primeiras pesquisas sobre a síndrome congênita do vírus zika são estreladas pelo corpo da mulher que abriga a criança. Como já debatido nesta pesquisa, é nesse momento que mãe e bebê se tornam objetos de pesquisa e que diante de todo um cenário de incertas as mulheres do Brasil são levadas a pensar que aquele não era o momento ideal para se ter um filho. A culpa materna, que pode ser pensada como algo natural e presente na constituição da maternidade, é levada para um outro lugar, que agora abriga uma questão coletiva sobre saúde pública.

Entre o coletivo e o individual, apresenta-se a psicanálise. Uma clínica como uma prática política tem sido contemporaneamente debatida no país, tanto na dimensão da análise das estruturas do poder, nesse caso do poder da ciência, do saber médico e jurídico, quanto na abordagem das questões sociais em torno de uma família, até então, invisibilizada na garantia dos seus direitos. Se um diagnóstico coloca em cena, nas publicações científicas, nos dados epidemiológicos, na mídia, uma constituição familiar, por que não provocar uma análise para além da superficialidade do que se apresenta como conduta?

Naquele espaço, pouco a pouco, foi se dando lugar para aquela mãe. Com todas as ambivalências próprias da maternidade, mas com a conjuntura de alguém já cansada de ter que

se explicar. Acolher, uma palavra tão simples e utilizada, mostrava-me algo do qual poucos se preocuparam em fazer. Era preciso espaço e tempo para que a dinâmica própria daquela relação mãe-bebê pudesse acontecer. Esse mesmo entorno, ainda que tardiamente, foi capaz de criar condições de escuta da mãe, a partir do pressuposto de se perceber que esta também sofria. A convocação da psicanálise, seja em equipes pequenas como a do CREAS ou na mídia, nos hospitais ou clínicas especializadas, no acompanhamento de crianças atípicas, provocam uma discussão mais ampla sobre os fenômenos que se apresentam.

A clínica psicanalítica escapa à dimensão daquilo que é previsível e calculável, características tão próprias da lógica contemporânea. Os dispositivos de resistência, frente aos processos de verdade, esbarram nos questionamentos quanto a sua cientificidade. Por isso, cabe-nos falar sobre uma ética em psicanálise, que convoque o singular, mas, ao mesmo tempo, que convoque o coletivo e o político.

Assim, a clínica entrelaçada com a dinâmica do social encontra-se cada vez mais plástica, movimentada por intervenções e arranjos possíveis. Sem determinantes e condicionamentos tem por tarefa a atividade criativa que se interessa pelos processos de subjetivação.

REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Albuquerque, M. F. P. M., et al. (2018). *Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia*. Cadernos de Saúde Pública, 34(10).
- Alonso, S. L. (2011). *O tempo, a escuta, o feminino: Reflexões*. Casa do Psicólogo.
- Arteiro, I. L. (2017). *A Mulher e a Maternidade: Um Exercício de Reinvenção*. Recife – PE. Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, PE.
http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/973/5/isabela_lemos_arteiro_ribeiro_lins.pdf
- Badinter, E. (1985). *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Birman, J. (2020a). *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Birman, J. (2020b). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Birman, J. (2000). *Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34.
- Braga, I. A.; Valle, D. (2007). *Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 16, n. 2, p. 113-118.
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n2/v16n2a06.pdf>
- Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome (2009). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*. – 1. ed. – Brasília.

Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome (2011). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília. <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde (2015a). Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. *Nota informativa n.º 6/2015 CIEVS/DEVIT/SVS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.aeciherj.org.br/publicacoes/Informativos-CCIH/Nota-informativa-6-2015.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (2015b). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)* / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauade/pdf/zika-cartilha-protocolo-microcefalia.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (2015c). *Ministério da saúde divulga novos dados de microcefalia*. Portal da saúde. Brasília. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2015/dezembro/ministerio-da-saude-divulga-novos-dados-de-microcefalia>

Brasil. Ministério da Saúde (2016a). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Informe Técnico. Zika Vírus*. Campinas: ano I, nº 01. https://saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/informes/2016/Informe_Tecnico_01_Zika_Virus_jun_2016.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2016b). *Nota do Ministério sobre a declaração da OMS*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/fevereiro/nota-do-ministerio-sobre-declaracao-da-oms>

Brasil. Ministério da Saúde (2017a). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus*. Brasília: Ministério da Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_sentinela_doencas_arboviral.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2017b). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional/ Ministério da Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf

Brito, C (2015). *Zika vírus: A new chapter in the history of medicine*. Acta Medicina Portuguesa, 28 (6): 679-680.

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7341/0>

Brito et. al. (2016) - *Zika in Pernambuco: rewriting the first outbreak*. Rev Soc Bra Med Trop 49(5):553-558.

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/dhrYCP6pGwkPSRy9ppXMTDm/?lang=en>

Brito, C (2017). Investigação de um surto – aprendizado para a comunidade assistencial e a saúde pública. In: *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS* [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília:. p. 27 a 40.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf

Castilhos, W. A, C (2020). *Discursos sobre o aborto na epidemia de Zika: análise da cobertura dos jornais O Globo e Folha de S. Paulo*. Caderno de Saúde Pública

<https://www.scielo.br/j/csp/a/45p4ZmtPxJrj4WPRNTgkZh/?format=pdf&lang=pt>

Clemens, J. (2015). *A (Mal) Dita Maternidade: A Maternidade e o Feminino Entre os Ideais Sociais e o Silenciado*. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135263/334781.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Conselho Federal de Psicologia (2012). *Referências técnicas para prática de psicólogas (os) no centro de referência especializado em assistência social – CREAS*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília.
- Diniz, D. (2016). *Zika; do Sertão nordestino à ameaça global* / Debora Diniz. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Dunker, C.et. al. (2002). *Romance policial e a pesquisa em psicanálise*. Interações, 7(13), 113-126. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141329072002000100008
- Freud, S. (2019) O declínio do complexo de Édipo. In: *Amor, Sexualidade e Feminilidade*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2019). Observações sobre o amor transferencial. In: Sigmund, F. Obras incompletas de Sigmund Freud: *fundamentos da clínica psicanalítica*. (1 ed., pp. 165-183). Belo Horizonte: Autêntica editora. (Trabalho original publicado em 1915[1914]).
- Freud, S. (2021). A pulsão e seus destinos In: Sigmund, F. Obras incompletas de Sigmund Freud: *fundamentos da clínica psicanalítica*. (1 ed., 7 reim). Belo Horizonte: Autêntica editora. (Trabalho original publicado em 1856[1939]).
- Freud, S. (2019) Sobre a sexualidade feminina. In: *Amor, Sexualidade e Feminilidade*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (1977) *O mal-estar na civilização*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1929).
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Gabarron-Garcia, F. (2023). *Uma história da psicanálise popular*. São Paulo: Ubu Editora.

Galli, B. Deslandes, S. (2016), *Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika*. Cad. Saúde Pública, 32(4):e00031116. Rio de Janeiro.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/nKjYnFLnmdqCtvx76kzNk7P/?format=pdf&lang=pt>

G1 – Portal de notícias online (2016). *Desigualdade em infraestrutura é catalisadora do surto de zika no Brasil*. <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/03/desigualdade-em-infraestrutura-e-catalisadora-do-surto-de-zika-no-brasil.html>

Gomes, S. (2017). *A gramática do silêncio em Winnicott*. 1. ed. – São Paulo: Zagodini.

Iaconelli, V. (2020). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. 2 ed. São Paulo: Zagodini.

Jerusalinsky, A. (1989). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino*. Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J. *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Lipovetsky, G. (2020). *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. Tradução Maria Lucia Machado – São Paulo: Companhia das Letras.

Loparic, Z. (1997) *Winnicott: uma psicanálise não-edipiana*. Revista de Psicanálise da SPPA, 4 (2), 375-387. Reedição da revista de 1988.

Loparic, Z. (2011). *Winnicott clínico*. In R. Reis (org.), *O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica* (pp. 59-84). São Paulo: DWWeditorial.

Löwy, I. (2019). *Zika no Brasil: história recente de uma epidemia* / Ilana Löwy. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Melo, A. P. L. et. al. (2023). *Síndrome congênita do zika e impactos para as famílias: uma revisão integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1425–1441.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14852022>
- Oehler E, et al (2014). *Zika vírus infection complicated by Guillain-Barré syndrome: case report, French Polynesi*. *Euro Surveill* 19:20720.
<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20720>
- Pan-American Health Organization (2015). *Epidemiological Alert: Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection: Implications for public health in the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50697>
- Pernambuco (2015). Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco*. Versão N° 01. Pernambuco, Novembro de 2015. 1° edição – Pernambuco.
http://estaticog1.globo.com/2015/12/03/3293a8_cd11af48d2df47aeaf98b9dc1d757485.pdf
- Pernambuco (2017). Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos. Vigilância das Síndromes Congênicas e Neurológicas Relacionadas às Arboviroses. *Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco*: Secretaria de Saúde, 43.
https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_af73f07e7a4f4e4e89561c4151748102.pdf
- Philips, A. (2006). *Winnicott*. Tradução Alessandra Siedschlag. São Paulo: Ideias & Letras. (Trabalho original publicado em 1988).
- Pletsch, M. et. al. (2020). *A importância de ações intersetoriais como estratégia para a promoção da escolarização de crianças com a síndrome congênita do zika vírus* (sczv). *Educação Em Foco*.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/edufoco/article/view/32924>

Rede Globo de Televisão (2015). *Gestante faz exame do líquido amniótico e descobre que foi contaminada pelo zika vírus*. Novembro de 2015.

<https://globoplay.globo.com/v/4635209/?s=0s>

Rosa, M. (2002). *Uma escuta psicanalítica das vidas secas*. Revista Textura, 2(2), 42-47.

Sá, S; et. al (2020). *Dinâmica familiar de criança com a síndrome congênita do zika vírus no município de Petrolina, Pernambuco, Brasil*. Caderno de Saúde Pública, 36, 2.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00246518>.

Santana, L. et. al. (2023). *Impetrações judiciais de mães de crianças com síndrome congênita do vírus zika: Das motivações aos desfechos*. Enfermería Actual En Costa Rica, 44, 1–16.

<https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.48496>

Scott, R. P. et al. (2017) "A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados". Caderno de Gênero e Diversidade, Volume 03, N. 02. <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>

Silva Junior, N. (2021). *O Brasil da barbárie à desumanização neoliberal: do “Pacto edípico, pacto social”, de Hélio Pellegrino, ao “E daí?”, de Jair Bolsonaro*. In: Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Org. Vladimir Saflate, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker, Belo Horizonte, Autêntica.

Soler, C. (2021). *A marca materna*. In: Corpo. Org. Daniela Teperman et. al. 1ª ed. Belo Horizonte, Autêntica.

Vale, P. et. al (2021). *Repercussões da pandemia da COVID-19 em mães-crianças com síndrome congênita do Zika*. Acta Paulista de Enfermagem, 34, eAPE03123.

<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO03123>

Van Der Linden, et al (2016). *Description of 13 Infants Born During October 2015-January 2016 With Congenital Zika Virus Infection Without Microcephaly at Birth - Brazil*. Weekly, v. 65, n. 47, p. 1343-1348.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6547e2.htm>

- Vargas A, et al (2016). *Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco*. *Epidemiologia a serviço da saúde*. 25(4):691-700.
<https://www.scielo.br/j/ress/a/xHZtHGwCtTPnk5pH8fYn5JM/?lang=pt>
- Teixeira, G. et.al (2020). *Análise do conceito de síndrome congênita pelo zika vírus*. *Revista Ciência & Saúde coletiva*. 25 (2).
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hw7b8hsPTbJncZkwWCmj8Cq/?format=pdf&lang=pt>
- Valença, M. (2003). *A feminilidade em Freud e na contemporaneidade: repercussões e impasses*. 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife.
<http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/163/1/Maria%20Araujo.pdf>
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora (Trabalho original publicado em 1988).
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In C. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre, Artes médicas (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (1994). Sobre o uso de um objeto [O uso do objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo]. In C. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre, Artes médicas (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2006). A mãe dedicada comum. In C. Winnicott, *Os bebês e suas mães*. São Paulo, Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1966).
- Winnicott, D. W. (2007). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In C. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed (Trabalho original publicado em 1963).

- Winnicott, D. W. (2007). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “*self*”. In C. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2007). A capacidade de estar só. In C. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. (2011). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura. In: *A família e o desenvolvimento individual – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D. (2011). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: *A família e o desenvolvimento individual – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. (2011). O primeiro ano de vida. In: *A família e o desenvolvimento individual – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. (2012). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *Os bebês e suas mães – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. (2012). O ambiente saudável na infância. In: *Os bebês e suas mães – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. (2012). Saber e aprender. In: *Os bebês e suas mães – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D. (2012). A mãe dedicada comum. In: *Os bebês e suas mães – 4ª ed.* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966).

- Winnicott, D. W. (2019). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade* (B. Longhi, Trad.). São Paulo, Ubu Editora. (Originalmente publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2019). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade* (B. Longhi, Trad.). São Paulo, Ubu Editora. (Originalmente publicado em 1953-1958).
- Winnicott, D. W. (2020). A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada In: *Os bebês e suas mães*. Ubu Editora (Originalmente publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (2021). A observação de bebês numa situação padronizada. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. W. (2021). Ansiedade associada a insegurança. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1952).
- Winnicott, D. W. (2021). Desenvolvimento emocional primitivo. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (2021). Preocupação Materna Primária. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2021). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2021). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1949).

- Winnicott, D. W. (2021). A observação de bebês numa situação padronizada. In C. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. W. (2021). A imaturidade do adolescente. In C. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Ubu Editora (Trabalho original publicado em 1956).
- Zanello, V. (2016). *Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia*. In: V. Zanello, M. Porto (Org.). Aborto e (não) desejo de 129 maternidade(s): questões para a Psicologia. Conselho Federal de Psicologia, 103- 119.
https://www.researchgate.net/publication/367883398_DISPOSITIVO_MATERNO_E_PROCESSOS_DE_SUBJETIVACAO_DESAFIOS_PARA_A_PSIKOLOGIA