

ENTREVISTA

com Marina Codo



**“A mãe não pode
existir apenas no
lugar de mãe.”**

Imagem cedida pela convidada

Ao longo desta edição, buscamos sustentar uma reflexão que não reduz a maternidade a um lugar de causa, mas que a reconhece como uma função atravessada por história, linguagem, desejo, cultura e também por condições muito concretas de vida. Porque maternar não acontece no vazio. A mãe não existe fora do mundo, e tampouco fora de suas próprias faltas, limites e possibilidades. É nesse ponto que a psicanálise nos convida a sair da lógica da culpa para nos aproximarmos da responsabilidade, não como peso, mas como possibilidade de implicação.

Dentro desse percurso, escolhemos olhar com mais atenção para um recorte que exige ainda mais delicadeza, a maternidade atípica. Um campo em que o ideal frequentemente se rompe de forma abrupta, onde o encontro com o filho real convoca rearranjos psíquicos profundos, e onde o cuidado, muitas vezes, ultrapassa aquilo que socialmente se espera ou se reconhece. Um território marcado por intensidade emocional, por demandas contínuas, por deslocamentos do narcisismo e, não raramente, por uma solidão que nem sempre encontra lugar de escuta.

Para nos acompanhar nessa conversa, convidamos Marina Codo Andrade Teixeira, psicanalista com atuação voltada exclusivamente ao atendimento de famílias atípicas, cuja clínica se constrói justamente nesse encontro

com mães, pais, irmãos e familiares atravessados pelos desafios e pelas singularidades de viver ao lado de uma pessoa atípica. Sua escuta é atravessada não apenas por sua formação consistente e continuada na psicanálise, com forte referência na perspectiva winnicottiana, mas também por sua própria experiência como mãe atípica de Pedro e mãe de Maria Flor, o que lhe confere um lugar de fala que não se apoia em idealizações, mas na realidade vivida.

Sua trajetória acadêmica e profissional também amplia esse olhar. Com formação em Administração, MBA em Gestão Estratégica de Pessoas, Mestrado e Doutorado, Marina transita entre o campo da educação, da gestão e do desenvolvimento humano, atuando como professora universitária desde 2006 e como professora titular da FATEC desde 2012. Desde 2020, coordena o projeto de psicoterapia social NOS, oferecendo atendimento acessível a estudantes, professores e familiares, o que reforça seu compromisso com uma clínica que não se limita ao consultório, mas se estende ao cuidado coletivo.

Nesta entrevista, Marina nos convida a pensar a maternidade atípica para além de rótulos, trazendo à cena questões que atravessam a experiência dessas mulheres, como a culpa, a comparação, a exaustão psíquica, a relação com o saber técnico e a delicada tarefa de sustentar o cuidado sem desaparecer como sujeito.

ENTREVISTA

É FREUD!: Quando falamos em “mães atípicas”, estamos nomeando uma condição, mas também uma experiência subjetiva muito singular. Na sua escuta clínica, o que essa expressão revela, e o que ela pode acabar escondendo sobre essas mulheres?

MARINA: A expressão “mães atípicas” surgiu como uma forma de nomear a experiência de mulheres que maternam filhos com algum diagnóstico físico, neurológico, comportamental ou do desenvolvimento — ou seja, crianças que fogem do que socialmente se convencionou chamar de desenvolvimento típico.

Esse termo ganhou força também porque a palavra “deficiência”, historicamente utilizada, toca em lugares muito sensíveis. Pela própria etimologia, remete à ideia de falta, de algo deficitário, menor. Já “atípico” aponta para aquilo que foge ao padrão. E, na prática clínica, percebo que essa mudança de linguagem não é pequena: ela pode abrir caminhos importantes para que muitas mães iniciem um processo de elaboração psíquica sobre a maternidade que vivem.

Mas, ao mesmo tempo, toda nomeação também corre o risco de reduzir. E é aí que mora uma questão importante. Quando falamos em “mãe atípica”, não podemos permitir que o adjetivo apague o substantivo. Antes de serem mães atípicas, elas são mães. Parece óbvio, mas não é.



Imagem cedida pela convidada

Escuto com frequência mulheres que dizem não se sentirem mães de fato, porque ainda carregam internamente um ideal muito rígido de maternidade: o filho que vai chamá-las de mãe de determinada forma, que vai corresponder às expectativas, que vai sustentar certas fantasias narcísicas inevitáveis que todo sujeito deposita ao imaginar um filho. Quando esse roteiro não se confirma, muitas se sentem privadas da experiência materna, como se estivessem vivendo algo “incompleto”.

É por isso que essa expressão tanto revela quanto pode esconder. Ela revela uma vivência profundamente singular, marcada por alta intensidade emocional, medo, frustrações, lutos simbólicos, renúncias e uma sobrecarga frequentemente invisível. Mas ela também pode esconder a totalidade dessas mulheres: seus desejos, sua feminilidade, seus conflitos, seus talentos, seus limites e a maternidade para além do diagnóstico do filho.

Na psicanálise, partimos do princípio de que cada sujeito é único. Em certo sentido, isso já desmontaria qualquer oposição rígida entre típico e atípico. Nenhuma subjetividade cabe integralmente em categorias. Mas, ao mesmo tempo, seria ingênuo ignorar a realidade concreta. Existem, sim, atravessamentos muito específicos na experiência de maternar uma criança atípica, e minimizá-los seria uma violência.

Talvez uma das maiores potências da maternidade atípica esteja justamente nisso:

ela frequentemente convoca a mãe a um trabalho psíquico profundo de deslocamento do narcisismo. Ou seja, sair da lógica do filho idealizado para encontrar o filho real. Aprender a amar não aquilo que se sonhou, mas aquilo que existe. E isso, embora doloroso em muitos momentos, também pode ser profundamente transformador.

É FREUD!: A psicanálise, historicamente, foi muitas vezes associada à ideia de que a mãe ocupa um lugar central na constituição psíquica do sujeito. Como você lê essa herança hoje, especialmente quando pensamos em mães que já se encontram atravessadas por demandas intensas, como no caso da maternidade atípica?

MARINA: Talvez minha resposta não acompanhe exatamente a expectativa que a pergunta sugere, porque a linha psicanalítica com a qual mais me identifico, especialmente a partir de Donald Winnicott, sustenta a importância da função materna e daquilo que ele nomeou como “mãe suficientemente boa”. Isso não significa idealizar a mãe nem responsabilizá-la por tudo, mas reconhecer que, no início da vida, alguém precisa ocupar esse lugar de cuidado, sustentação e apresentação do mundo ao bebê. Frequentemente, essa pessoa é a mãe.

Quando pensamos na maternidade atípica, esse lugar tende a se tornar ainda mais exigente. Porque, além das tarefas concretas de cuidado, surgem demandas médicas, escolares, terapêuticas e sociais que atravessam o cotidiano de forma intensa. E, junto

disso, algo que aparece muito na clínica: a culpa materna. Independentemente da origem daquela maternidade — gestação natural, fertilização, adoção ou outras formas de constituição familiar — muitas mulheres encontram maneiras de se responsabilizar subjetivamente pelo sofrimento ou pelas dificuldades do filho.

No consultório, vejo com frequência mães que se colocam como centro de toda explicação: “o que eu fiz?”, “onde eu errei?”, “por que com meu filho?”. Essa é uma dor importante de ser escutada. Porque uma coisa é reconhecer a relevância do vínculo primário; outra, muito diferente, é transformar a mãe em depositária de toda causa e de toda solução.

Também observo que, na maternidade atípica, aquilo que Donald Winnicott chamou de preocupação materna primária muitas vezes se prolonga. O estado de atenção intensa, esperado no início da vida do bebê, pode permanecer por anos, já que as necessidades da criança continuam demandando presença constante. Isso gera exaustão, sobrecarga e, muitas vezes, o apagamento da mulher para além da função materna.

Por isso, entendo que a tarefa clínica hoje não é retirar a importância da mãe, nem reforçar uma culpabilização histórica. É ajudar essa mulher a sustentar o cuidado sem de-

saparecer como sujeito. A mãe tem, sim, um lugar fundamental na vida psíquica do filho, mas ela não pode existir apenas nesse lugar. Meu trabalho como psicanalista é também ajudá-la a se reencontrar com seus desejos, com seus limites e com a possibilidade de uma vida que não se esgota na maternidade.

“Antes de serem mães atípicas, elas são mães. Parece óbvio, mas não é.”

É FREUD!: No contexto da maternidade, é muito comum que as mães se comparem, tanto quanto ao desempenho de sua função, quanto ao desenvolvimento da criança. Há um ponto em que a comparação deixa de ser um recurso

de orientação e passa a se tornar um fator de sofrimento? Como identificar e trabalhar esse limite?

MARINA: Quando uma mulher se torna mãe, é natural que surja uma circulação intensa de informações, trocas de experiências e busca por referências. Entre mães, costuma haver compartilhamento de rotinas, estratégias, dúvidas e descobertas. Isso faz parte da experiência materna e, em muitos momentos, pode ser valioso. Seria até pouco honesto negar que essa dinâmica também existe na maternidade atípica.

No meu consultório, inclusive, muitas mães, pais e irmãos de pessoas atípicas me procuram justamente porque reconhecem em mim um lugar de fala como mãe atípica. Frequentemente, depositam em mim aquilo

que a psicanálise nomeia como “sujeito suposto saber”: a expectativa de que alguém que vive determinada experiência detenha respostas sobre ela. Isso mostra como, diante da insegurança, buscamos no outro algum ponto de orientação.

O problema começa quando a troca deixa de ser fonte de apoio e passa a funcionar como medida de valor pessoal. Ou seja: quando a pergunta deixa de ser “o que posso aprender com isso?” e se transforma em “por que comigo não é assim?”, “onde estou falhando?”, “por que meu filho ainda não chegou lá?”. Nesse momento, a comparação deixa de orientar e passa a produzir sofrimento.

Na maternidade atípica, esse cuidado precisa ser ainda maior. Porque comparação e acompanhamento não são a mesma coisa. Costumo dizer às minhas pacientes que desenvolvimento atípico não é sinônimo de desenvolvimento atrasado. Isso significa que nem tudo seguirá apenas em outro ritmo; alguns marcos virão de forma singular, outros talvez não venham, e outros surgirão de maneiras inesperadas.

Mesmo crianças com o mesmo diagnóstico, a mesma síndrome ou as mesmas comorbidades podem apresentar trajetórias completamente diferentes. Se isso já é verdadeiro

para qualquer sujeito — porque não existem duas subjetividades iguais — no campo da neurodivergência e das deficiências essa singularidade se torna ainda mais evidente.

Por isso, o limite precisa ser identificado quando a mãe percebe que olhar para fora tem custado mais do que ajudado. Quando o contato com outras histórias gera angústia constante, sensação de fracasso, culpa ou urgência permanente, há um sinal importante de sofrimento psíquico.

“A mãe tem, sim, um lugar fundamental na vida psíquica do filho, mas ela não pode existir apenas nesse lugar.”

Clinicamente, o trabalho passa por elaborar e aceitar o diagnóstico do filho, para que o diagnóstico em si deixe de ocupar o lugar de tragédia permanente. A partir daí, a energia psíquica pode ser deslocada para o que realmente

importa: as demandas concretas da vida, os cuidados possíveis, os avanços reais e os desafios do cotidiano.

No fim, a comparação mais saudável é sempre da criança com ela mesma: quem ela é hoje, o que conquistou até aqui, quais recursos desenvolveu e como poderá estar daqui a seis meses, um ano ou mais. Tudo o que escapa disso corre o risco de transformar a maternidade em uma corrida sem linha de chegada.

É FREUD!: Em muitos relatos, vemos mães que se colocam em um lugar de total dedi-

cação ao filho, algumas vezes renunciando a si mesmas. Do ponto de vista psicanalítico, o que está em jogo nesse movimento?

MARINA: Eu faria apenas um ajuste na própria formulação da pergunta: não se trata de algo que acontece “algumas vezes”. Na clínica da maternidade atípica, isso aparece muitas vezes — e, em certos contextos, como regra e não exceção. A dedicação ao filho frequentemente vem acompanhada de um apagamento de si.

Do ponto de vista psicanalítico, o que está em jogo nesse movimento é, sobretudo, uma renúncia do próprio desejo. A mãe se retira da cena subjetiva e o filho passa a ocupar o centro absoluto da vida psíquica, prática e emocional. Tudo gira em torno de terapias, escola, crises, consultas, rotina, previsibilidade e cuidados. O problema não está em cuidar — cuidar é necessário. O problema está em existir apenas como quem cuida.

A longo prazo, isso costuma ter um custo alto. O que recebo no consultório são mulheres que já não sabem mais quem são para além da maternidade. Quando pergunto coisas aparentemente simples — do que você gosta, o que te dá prazer, que roupa combina com você hoje, o que gosta de comer, como descansa, o que gostaria de viver — muitas não sabem responder. Não porque lhes falte capacidade de escolha, mas porque passaram tanto tempo voltadas para fora que perderam o contato com o próprio mundo interno.

Isso também aparece nas relações amorosas. Quando pergunto sobre casamento, vínculo conjugal, intimidade ou desejo, frequentemente a conversa é desviada para logística: quem leva à terapia, quem busca na escola, quem ajuda mais, quem se ausenta menos. A relação deixa de ser encontro entre dois sujeitos e passa a ser uma sociedade de gestão do cuidado.

Na psicanálise, sabemos que desejar é parte fundamental da vida psíquica. Quando alguém não se autoriza a desejar, também pode deixar de se autorizar ao prazer, à sexualidade, à criatividade e à experiência de ser desejada pelo outro. A mulher passa a ocupar apenas a função materna, como se todas as demais dimensões de sua existência precisassem ser suspensas.

Por isso, um dos trabalhos mais importantes da análise é resgatar a individualidade dessa mulher. Não para negar a importância da maternidade atípica, que de fato atravessa profundamente a vida, mas para que ela não seja a única identidade possível. A pergunta clínica passa a ser: quem é essa mulher além da mãe? O que ainda a move? O que deseja? O que a representa?

E esse reencontro pode acontecer de formas muito concretas: pacientes que retomam hobbies, descobrem novos interesses, voltam a se cuidar, experimentam atividades físicas, reencontram vaidade, prazer estético, momentos sozinhas, projetos pessoais. Muitas vezes, ao se reconectarem consigo,

também se reposicionam nos vínculos amorosos e voltam a se sentir vivas em lugares antes adormecidos.

Talvez isso seja uma das coisas mais bonitas da clínica com mães atípicas: não apenas aliviar sofrimento, mas testemunhar o momento em que uma mulher começa a se lembrar de que existe para além do cuidado.

É FREUD!: Quando falamos em exaustão na maternidade atípica, muitas vezes pensamos no cansaço físico. Mas, na sua escuta clínica, o que caracteriza essa exaustão no nível psíquico?

MARINA: Essa é uma pergunta importante porque, na clínica, a principal exaustão da maternidade atípica raramente é apenas física. O cansaço corporal existe, sem dúvida, mas muitas vezes ele é mais fácil de reconhecer e, em alguma medida, de reparar. Dormir uma noite melhor, descansar algumas horas ou reorganizar a rotina pode amenizar parte dele. O que costuma adoecer mais profundamente é a exaustão psíquica e emocional.

Ela aparece, sobretudo, como um estado de alerta permanente. É a mãe que não consegue relaxar, que não se permite baixar a guarda, que permanece em vigilância contínua mesmo quando, objetivamente, poderia descansar. Trabalha olhando o celular, toma banho escutando qualquer ruído da casa, dorme em sobressalto, acorda antes de qualquer chamado, vive como se algo grave pudesse acontecer a qualquer instante.

Muitas vezes, inclusive, não aceita ajuda para dormir ou repousar porque acredita que precisa estar sempre disponível para acudir o filho. Não se trata de defender negligência ou ausência de cuidado. Trata-se de reconhecer que cuidado sem descanso se transforma em adoecimento. Costumo dizer às minhas pacientes que dormir é inegociável. Para a saúde psíquica, dormir é básico. Assim como se alimentar bem e movimentar o corpo, o sono é uma condição mínima de sustentação emocional.

Quando essa pausa não acontece, o corpo frequentemente cobra. Ansiedade, irritabilidade, crises de choro, dificuldade de concentração, sensação de colapso iminente, insônia e sintomas depressivos são manifestações comuns. Em muitos casos, a mãe só se autoriza a descansar quando adoece: uma virose, uma internação, uma recomendação médica formal. Como se precisasse de permissão externa para fazer aquilo de que já precisava há muito tempo.

Isso se intensifica quando existem preocupações reais e objetivas com a saúde da criança: quadros convulsivos, internações recorrentes, risco clínico, demandas médicas complexas. Nesses contextos, a vigilância tem fundamento. Mas mesmo quando o motivo é legítimo, uma pessoa não sustenta indefinidamente esse nível de tensão sem pagar um preço psíquico elevado.

Por isso, um ponto central do trabalho clínico é construir a ideia de que não existe qua-

lidade de vida possível sem rede de apoio. Nenhuma mãe deveria carregar sozinha um nível tão alto de responsabilidade. Dividir tarefas, aceitar ajuda, confiar em outras pessoas e distribuir cuidados não é fracasso — é condição de saúde.

Também aparece, muitas vezes, uma dimensão narcísica importante: a crença de que só ela sabe fazer, só ela percebe, só ela consegue, só ela dará conta. Essa posição geralmente não nasce de vaidade, mas de medo, culpa e da sensação de indispensabilidade. Ainda assim, pode aprisionar. A análise ajuda justamente a interrogar esse lugar e a flexibilizá-lo.

No fundo, o trabalho clínico é permitir que essa mãe compreenda que sustentar o filho não exige anular a si mesma. Uma vida atípica talvez nunca seja simples, mas ela pode ser mais compartilhada, mais respirável e mais leve.

É FREUD!: A maternidade atípica frequentemente exige uma relação intensa com saberes técnicos, diagnósticos e especialistas. Como isso atravessa a posição subjetiva da mãe? Ela se aproxima mais de um lugar de saber ou de desamparo?

MARINA: Essa é uma pergunta complexa e muito atual. A maternidade atípica, quase

inevitavelmente, convoca a mãe a entrar em contato intenso com saberes técnicos: laudos, diagnósticos, terapias, protocolos, siglas médicas, pesquisas científicas, prognósticos e condutas especializadas. Em muitos casos, nasce junto com essa mãe uma mulher que aprende uma linguagem que jamais imaginou precisar dominar.

E algo que sempre me chama atenção na clínica é que isso atravessa todas as classes sociais e níveis de escolaridade. A mãe pode ter pouca escolarização formal ou alta formação

acadêmica: quando fala sobre o diagnóstico do filho, frequentemente o faz com riqueza de detalhes, precisão e apropriação impressionantes. Ela aprende porque ama, porque precisa, porque teme, porque busca caminhos. O sa-

ber, nesse contexto, também funciona como tentativa de amparo.

Conhecer o diagnóstico pode trazer contorno para a angústia. Quando algo recebe um nome, quando há alguma compreensão sobre o que está acontecendo, muitas mães sentem alívio. Saber permite organizar perguntas, buscar intervenções adequadas, entender possibilidades e construir alguma previsibilidade. Em certa medida, o conhecimento protege do desamparo absoluto.

Mas esse lugar também tem seus riscos. O primeiro deles é a ilusão de controle. Saber

**“Toda criança
precisa, em algum
momento, sentir-se
vista em sua
inteireza...”**

sobre uma síndrome, um transtorno ou uma condição não significa dominar seus desdobramentos. O prognóstico raramente é matemático. A vida psíquica e o desenvolvimento humano não obedecem a fórmulas lineares. O fato de existir um diagnóstico não autoriza conclusões fechadas sobre o que aquela criança será, fará ou alcançará.

Outro risco contemporâneo é o excesso de informação sem mediação. Hoje, com internet, redes sociais e inteligência artificial, é possível acessar rapidamente conteúdos sobre qualquer condição. Mas informação não equivale a formação clínica. Muitas vezes, a mãe lê cenários extremos, interpreta dados fora de contexto ou encontra previsões que não correspondem à realidade do filho. Em outros momentos, também recebe de profissionais comunicações pouco cuidadosas, prognósticos duros ou falas precipitadas que produzem sofrimento desnecessário.

Por isso, eu diria que essa posição subjetiva oscila entre saber e desamparo. A mãe busca o saber justamente porque algo do desamparo a atravessa. E, quanto mais vulnerável se sente, maior pode ser a tentativa de acumular conhecimento como defesa psíquica. O problema surge quando ela acredita que precisa saber tudo, controlar tudo e responder por tudo.

Na clínica, um trabalho importante é ajudar essa mãe a reconhecer os limites do pró-

prio lugar. É valioso que ela compreenda o diagnóstico do filho, participe das decisões e faça perguntas. Mas ela não precisa ocupar o lugar de especialista em tudo. Há uma diferença entre estar implicada no cuidado e ser capturada por ele.

Também costumo dizer às minhas pacientes que parte do cuidado está em encontrar bons profissionais — pessoas em quem se possa confiar tecnicamente e humanamente. Quando há confiança, torna-se possível compartilhar responsabilidades. E isso é fun-

damental, porque nenhuma mãe deveria carregar sozinha o peso de saber tudo.

Em última análise, a tarefa psíquica não é escolher entre saber ou desamparo, mas construir um caminho em que o conhecimento seja

ferramenta de cuidado, e não prisão.

É FREUD!: Quando uma mãe tem um filho atípico e outro típico, ela se vê diante de duas experiências de maternidade bastante distintas. É comum que essas mães relatem sentimentos de divisão, como se precisassem estar em dois lugares ao mesmo tempo?

MARINA: Sim, esse sentimento de divisão é extremamente comum. Costumo brincar que, quando nasce uma mãe, nasce também uma culpa — e, quando existem duas experiências de maternidade tão distintas dentro da mesma casa, muitas vezes a culpa apenas muda de lado.

"Cuidado sem descanso se transforma em adoecimento."

A mãe de um filho atípico e de outro típico frequentemente vive a sensação de nunca estar inteira onde está. Quando dedica mais tempo ao filho que exige cuidados intensivos, pode sentir que está faltando ao outro. Quando oferece atenção ao filho típico, pode experimentar a angústia de estar se ausentando daquele que demanda mais. É como se estivesse sempre sendo convocada para dois lugares ao mesmo tempo.

Na prática, sabemos que o filho atípico costuma exigir mais energia psíquica, mais organização, mais atenção e, muitas vezes, mais preocupação concreta. Se nada for pensado conscientemente, existe o risco de que o filho típico vá sendo colocado em segundo plano não por falta de amor, mas pela lógica das urgências. E é justamente por isso que estratégias deliberadas se tornam tão importantes.

Uma delas é reservar momentos de exclusividade com o filho típico, de preferência sem a presença do irmão ou irmã. Não se trata de privilégio, mas de reconhecimento subjetivo. Toda criança precisa, em algum momento, sentir-se vista em sua inteireza, e não apenas como “a que entende”, “a que ajuda” ou “a que não dá trabalho”.

Também observo outro movimento frequente: o filho típico pode ser investido como realização de tudo aquilo que não aconteceu com o filho atípico. A psicanálise nos ensina que todo filho recebe projeções narcísicas parentais — sonhos, expectativas, reparações e desejos inconscientes. Quando

há uma maternidade atípica atravessada por frustrações e lutos, existe o risco de que essas expectativas sejam deslocadas de forma excessiva para o outro filho.

Isso exige cuidado. O filho típico não pode ser convocado a compensar nada. Tampouco deve carregar, desde cedo, a responsabilidade psíquica de ser “o forte”, “o fácil”, “o maduro” ou “o futuro cuidador do irmão”. Ainda que, na vida adulta, laços familiares possam naturalmente incluir cuidado mútuo, transformar essa criança em herdeira antecipada de uma missão pode ser um peso grande demais.

Também é importante evitar frases aparentemente banais, mas profundamente marcantes, como: “você não pode dar trabalho”, “seu irmão já exige demais”, “não reclame”, “agradeça porque você é saudável”. Quando repetidas, essas mensagens podem ensinar a criança a recalcar necessidades legítimas e a acreditar que seu sofrimento vale menos.

Por isso, mais do que tratar os filhos “igual”, o fundamental é tratá-los como sujeitos diferentes, cada um com suas necessidades, limites e singularidades. Igualdade e justiça não são sinônimos.

E, clinicamente, considero muito valioso que irmãos de crianças atípicas também tenham espaço de escuta desde cedo. A análise ou outros dispositivos terapêuticos podem ajudá-los a elaborar ciúmes, culpa, amor, ambivalência, medo e os muitos sentimentos

que atravessam essa irmandade. Porque eles também vivem uma experiência complexa — e também precisam ser vistos.

É FREUD!: Para os profissionais que trabalham diretamente com mães e crianças atípicas, o que você considera fundamental não perder de vista na escuta e no manejo clínico?

MARINA: Essa é uma pergunta muito importante. Inclusive, penso com frequência na necessidade de formações específicas para profissionais da saúde e da educação que trabalham com crianças e famílias atípicas, porque tanto na minha experiência como mãe atípica quanto na minha prática clínica escutando essas mulheres diariamente, percebo que ainda existe uma lacuna significativa no modo como muitas famílias são recebidas.

O que considero fundamental não perder de vista é que, mesmo quando o paciente formal é a criança, a mãe também está em cena e precisa ser incluída na escuta. Atrás de cada encaminhamento, cada avaliação, cada conduta terapêutica e cada reunião escolar, muitas vezes existe uma mulher atravessada por medo, culpa, luto, exaustão, insegurança e amor. Ignorar isso empobrece qualquer manejo clínico.

Vejo com frequência relatos de falas duras, comunicações frias ou intervenções tecnicamente corretas, mas subjetivamente de-

vastadoras. Nem sempre o problema está no conteúdo da informação, e sim na forma como ela é transmitida. Um diagnóstico pode precisar ser dito com clareza sem que isso signifique brutalidade. Um prognóstico pode exigir honestidade sem retirar esperança. Uma orientação pode ser firme sem ser violenta.

A maneira como uma família recebe as primeiras notícias sobre a criança costuma marcar profundamente sua trajetória psíquica. Muitas mães lembram com precisão onde estavam, quem falou, o tom de voz utilizado, a expressão do profissional, a sensação corporal daquele momento. Isso mostra que a comunicação clínica também produz memória emocional — e, em alguns casos, trauma.

Por isso, escuta e manejo clínico exigem mais do que conhecimento técnico. Exigem sensibilidade para reconhecer o tempo psíquico daquela família, capacidade de sustentar perguntas sem pressa, disponibilidade para acolher reações emocionais e humildade para compreender que ninguém entrega ou recebe um diagnóstico de forma neutra.

Também considero essencial não reduzir a mãe a um papel funcional. Ela não é apenas quem leva à terapia, assina documentos, aplica orientações ou organiza agendas. É um sujeito que também necessita de cuidado, informação clara, respeito e, muitas vezes, encaminhamento para seu próprio espaço terapêutico.

No campo da educação, isso também vale. Professores, coordenadores e equipes escolares não lidam apenas com comportamentos e adaptações pedagógicas; lidam com histórias familiares complexas, expectativas, frustrações e vínculos intensos. Pequenas posturas de acolhimento podem ter efeitos enormes.

Se eu pudesse resumir em uma ideia central, diria: nunca perder de vista que, além da criança e além do caso clínico, existem pessoas. E pessoas não precisam apenas de condutas corretas — precisam também de humanidade.

Marina Codo Andrade Teixeira

Psicanalista

@marinacodopsicanalista 

Curso: Maternidade Atípica com Mais Leveza

<https://maedefilhoatipico.com.br> 



Imagem cedida pela convidada