

**MALFORMAÇÃO DO BEBÊ E MATERNIDADE: IMPACTO DE UMA
PSICOTERAPIA BREVE PAIS-BEBÊ PARA AS REPRESENTAÇÕES DA MÃE**

Aline Grill Gomes

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção
do grau de Doutora em Psicologia sob orientação do
Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Supervisão Clínica: Dr. Luís Carlos Prado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, agosto de 2007

AGRADECIMENTOS

Não costumo ter dificuldade em agradecer. Desta vez, mesmo concluída a tese, me custou conseguir chegar nestas páginas. E só estou aqui, de coração presente, após ter compreendido as razões que estavam me desviando. Uma delas, e talvez a maior de todas, me parece o desejo de adiar esse encontro com a despedida. Foram muitos anos, muitas vivências, amizades construídas, dores acompanhadas, alegrias compartilhadas. Aprendi muito. Sobre ser professora, aluna, terapeuta, paciente... paciente com a vida, com o sofrimento, com o não saber, com os limites... Enfim, ao longo destes quatro anos, minhas experiências no doutorado transcenderam à realização dessa tese e, por isso, quero rememorar e agradecer todos aqueles que contribuíram para eu ter tido dificuldades em escrever os agradecimentos.

Agradeço aqueles que foram meus alunos, na graduação e na especialização, na orientação de seus trabalhos, sobretudo, na aceitação por fazer parte da sua formação profissional e pessoal. Em especial, meu muito obrigada à turma Psicologia UFRGS 2008/02, para quem ministrei a disciplina de Psicologia do Desenvolvimento. Com vocês, tive ainda mais certeza do meu amor por ensinar. Obrigada pelo companheirismo e pelo reconhecimento que recebi.

À pediatria do Hospital Conceição, em especial à enfermeira-chefe Crista, pela oportunidade de realizar os Cursos de Extensão à comunidade e contactar com momentos de troca tão enriquecedores. Até hoje lembro daquelas manhãs frias, nas quais cedo nos encontrávamos para unir nossas experiências em favor dos ‘pequenos-grandes’ corajosos que estavam hospitalizados.

Ao Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na pessoa da psicóloga Tânia Gomes, e ao Serviço de Enfermagem, e em especial de Pediatria, à enfermeira Solange Perrone, pelo apoio incansável no encaminhamento de pacientes. Obrigada, também ao Posto de Saúde Santa Cecília, que do mesmo modo se mostrou muito interessado em servir como ponte entre as necessidades da comunidade e da universidade.

Aos meus pacientes, gratas pessoas, que me prestaram reconhecimentos indeléveis. Que me permitiram entrar nas suas vidas e não sair delas, porque por mais que tenhamos nos separado, sinto que para sempre vamos habitar uns as histórias dos outros. Obrigada pela confiança, pelo olho no olho sincero, pela paciência, tolerância com meus limites, por ajudar a me tornar uma pessoa melhor. Em especial, agradeço a Camilla e Jota, que me confiaram suas

profundas dores, acreditando que, apesar das ameaças reais, poderíamos construir uma relação com mais vida.

Ao supervisor Luis Carlos Prado, quem me ensinou a simplicidade de um atendimento difícil, a tolerância com os próprios limites e com os do outro, valorizando o possível, o saudável. A quem me apresentou a riqueza do atendimento pais-bebê, e permitiu, através da sua calma e sabedoria, que eu chegasse, no meu tempo, à integração entre uma postura psicanalítica de compreensão e técnica a uma maneira mais integrada com o olhar sistêmico. Ao nosso grupo de supervisão, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo e Milena Silva, por compartilhar tantos momentos... atendendo, escrevendo, desabafando, enfim, aprendendo... Em especial, às amigas: Dani, pelo carinho e generosidade que enfeita a quem convive contigo; Gi, pela tua empolgação pela vida, que me contagia, mesmo virtualmente, e me faz muito bem; Mana, pelo “cristal” que és, Ângela, pelo apoio nas manhãs angustiantes de verão, quando escrevíamos juntas nossas teses, e pela tua disponibilidade e sensibilidade na coleta de dados; e, por fim, às minhas grandes amigas, Nessa, pela proximidade genuína, apesar da distância, e, especialmente, Milena, por estar sempre, sempre, sempre comigo durante a realização desta tese, entre momentos de alegria e angústia, e em todos os momentos da minha vida.

Agradeço à equipe técnica do NUDIF - *Núcleo de Infância e Família* - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial a Rea Ribeiro pelo apoio na organização e edição dos dados, à Jaqueline do Sacramento pela transcrição cuidadosa do material. À aluna Ivani Brys pelo interesse, carinho e pela competente precisão na revisão desta tese. Agradeço também a Alziro Pereira dos Santos, pelo apoio técnico, e pela disponibilidade de sempre.

Agradeço à Clínica Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente, ao apoio das psicólogas Marta Brizzio e Andréa Ferrari, e ao Insituto da Família (INFAPA), pelo acolhimento dos pacientes em novos tratamentos, e pela chance de lhes proporcionar continuar suas caminhadas.

Obrigada também às Profas. Dras. Maria Luíza Khal, Regina Sordi e Tânia Sperb, pelas valiosas contribuições na defesa de projeto de tese, as quais me ajudaram a chegar até aqui com um trabalho de maior qualidade. E agradeço principalmente à Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes, por ter me iniciado na pesquisa científica, e, agora, mais ainda, por seguir acompanhando meus passos com tanta dedicação e carinho. Obrigada pela amizade e por confiar em mim. Não posso deixar de lembrar também a minha supervisora clínica Kátia Jung, com quem tenho podido contar para compreender o funcionamento psíquico, com muita

delicadeza e profundidade. Agradeço a ela também pelo acolhimento e compreensão de sempre.

Agora um dos agradecimentos mais especiais. Ao meu orientador e amigo Cesar Augusto Piccinini, quem considero uma pessoa acima de tudo justa, humana, e sensível. Obrigada por respeitar o meu tempo, a minha forma de escrever, pesquisar, atender, e, sobretudo, ser. Consegues atingir, com muita competência, um limite difícil, entre apontar um caminho, com ênfase e propriedade, sem se sobrepor à natureza de quem ensinas. Meu muito obrigada, de coração, pela formação acadêmica ética e consistente, pelas oportunidades de enriquecer ainda mais a minha trajetória, pela valorização do meu trabalho, enfim, por me fazer desejar e acreditar que estes seis anos não terminam aqui.

À família que escolhi para mim, minhas amigas. Todas elas foram importantes na construção de mais esta etapa da minha vida. Mas algumas, de maneira mais direta. Agradeço, profunda e infinitamente, à Cristiane Grings pela ajuda, por compartilhar ativamente deste momento da minha vida, por me fazer, mais uma vez, sentir que não era filha única. Obrigada à Cláudia, novamente, por ‘tudo’! Peque, não tenho palavras para te agradecer, e acho que nunca terei... Agradeço também à Ellen, por acompanhar e contribuir sempre, mesmo nos momentos mais surpreendentes; à Flávia, pelo carinho e pelo apoio em tornar a medicina mais próxima de mim, em um momento em que era tão necessário saber mais e mais sobre meus pacientes; e à Rê por estar junto comigo em tantas ‘chuvas’ da vida.

Obrigada a minha família, meu pai Cláudio, minha mãe Rosângela e minha vó Hélia, constantes pilares do que sou. À minha analista Suzana Iankilevich Goldbert, por, acima de tudo, me ajudar a ‘me’ encontrar, mesmo nos cantos mais obscuros. Ao Márcio, por ter estado carinhosamente sempre ao meu lado. E a todos aqueles que contribuíram de uma forma ou de outra para eu ter chegado até aqui.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| ABSTRACT..... | 8 |
| CAPÍTULO I..... | 9 |
| INTRODUÇÃO..... | 9 |
| Apresentação | 9 |
| 1.1. O Impacto do diagnóstico de anormalidade no bebê para o psiquismo materno | 10 |
| 1.2. A relação mãe-bebê em casos de anormalidade do bebê..... | 18 |
| 1.3. Representações acerca da maternidade e do bebê | 29 |
| 1.4. Intervenções psicológicas no contexto de anormalidade do bebê | 35 |
| Justificativa e objetivo do estudo..... | 42 |
| CAPÍTULO II | 43 |
| MÉTODO | 43 |
| 2.1. Participantes..... | 43 |
| 2.2. Delineamento e procedimento | 44 |
| 2.3. Considerações Éticas | 46 |
| 2.4. Instrumentos e Materiais..... | 47 |
| CAPÍTULO III..... | 52 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 52 |
| 3.1. Apresentação do caso..... | 55 |
| 3.2. Breve histórico do caso..... | 58 |
| 3.3. Temas da constelação da maternidade ao longo da psicoterapia..... | 61 |
| 3.3.1. Vida e crescimento..... | 61 |
| Síntese sobre o tema <i>vida e crescimento</i> | 87 |
| 3.3.2. Relacionar-se Primário | 87 |
| Síntese sobre o tema <i>relacionar-se primário</i> | 110 |
| 3.3.3. Matriz de Apoio | 111 |
| Síntese sobre o tema <i>matriz de apoio</i> | 139 |
| 3.3.4. Reorganização da identidade | 140 |
| Síntese do tema <i>reorganização da identidade</i> | 176 |
| CAPÍTULO IV | 178 |
| DISCUSSÃO GERAL | 178 |
| 4.1. Maternidade na gestação..... | 179 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.Temas da constelação da maternidade..... | 183 |
| 4.2.1.Vida e Crescimento..... | 183 |
| 4.2.2.Relacionar-se Primário | 199 |
| 4.2.3.Matriz de Apoio | 210 |
| 4.2.4.Reorganização da Identidade | 220 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 227 |
| REFERÊNCIAS..... | 232 |
| ANEXOS..... | 243 |
| ANEXO A | 243 |
| ANEXO B | 244 |
| ANEXO C | 245 |
| ANEXO D | 246 |
| ANEXO E | 249 |
| ANEXO F..... | 251 |
| ANEXO G..... | 253 |
| ANEXO H..... | 256 |

RESUMO

O presente estudo buscou investigar o impacto da psicoterapia breve pais-bebê nas representações maternas a respeito de si mesma, sobre o bebê, sobre a relação mãe-bebê, quando o bebê apresenta uma malformação. Participou deste estudo uma família cujo bebê de 11 meses apresentava malformação cardíaca grave, compatível com a vida. Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único, sendo que as representações maternas foram examinadas ao longo dos cinco encontros de avaliação inicial, durante as 17 sessões de psicoterapia e num encontro pós-psicoterapia. Todas as verbalizações e interações da mãe com o bebê e com os familiares foram registradas em áudio e vídeo e, posteriormente, analisadas a partir dos quatro temas da constelação da maternidade (Stern, 1997): vida e crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade, que precisaram ser ampliados para atender as particularidades do contexto de malformação. Os resultados apontaram para uma evolução das representações maternas ao longo da psicoterapia, que permitiu à mãe expressar seus sentimentos frente à malformação e reviver alguns de seus conflitos mais primitivos. A visão sobre o bebê passou de mais parcial e idealizada para mais integrada, revelando um potencial de evolução e vulnerabilidade, ao mesmo tempo. A relação mãe-bebê ficou mais próxima, na medida em que a mãe pôde tolerar mais a dependência do bebê e a sua necessidade de cuidados especiais, sem se sentir tão incompetente e culpada. Houve um evidente reforço na rede de apoio da mãe, que se aproximou de sua família de origem e passou a se sentir mais apoiada e compreendida pelo marido. Por fim, a mãe pareceu se apropriar mais do papel materno, porém ainda muito ligada a uma identidade de filha. Apesar de uma redução expressiva nos escores do BDI antes e depois da psicoterapia (31 para 11 pontos), a instabilidade psíquica da mãe e sua fragilidade permaneceram muito fortes, mesmo ao final da psicoterapia, o que sugeriu um prognóstico reservado e a necessidade de indicação de um tratamento mais sistemático, especialmente tendo em vista que a malformação da criança continuava afetando profundamente a vida da família.

PALAVRAS-CHAVE: representações maternas, psicoterapia pais-bebê; malformação.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the impact of a brief parent-infant psychotherapy on the maternal representations concerning herself, about the baby, e about the mother-baby relationship, in a situation where the infant had malformation. A family whose baby was 11 months and presented serious heart malformation, compatible with life, took part in the study. A case-study design was used, and maternal representations were examined during five sessions of initial evaluation, of a total of 17 psychotherapy sessions and in a post-psychotherapy session. All the verbalizations and mother's interactions with the baby and with the relatives were registered in audio and video and were later analyzed based on the four themes of the motherhood constellation (Stern, 1997): life and growth, primary relationship, support matrix and reorganization of identity. They all needed to be adapted so as to take into account the particularities of the malformation context. The results showed an evolution of the maternal representations during the psychotherapy, which allowed the mother to express her feelings regarding malformation and to re-experience some of her more primitive conflicts. She changed from a more partial and idealized to a more integrated view of the baby, revealing potential evolution and vulnerability, at the same time. The mother-baby relationship got closer, as the mother could tolerate more the baby's dependence and his need for special care, without feeling so incompetent and guilty. The mother's social support was clearly reinforced, which led her to get closer to her family of origin and to feel more supported and understood by the husband. Finally, the mother seemed to gradually assume the maternal role, even though it was still very tied to her identity as daughter. In spite of an expressive reduction in the scores of BDI after the psychotherapy (31 to 11 points), the mother's psychic instability and her fragility remained very strong, even at the end of the psychotherapy, suggesting a reserved prognostic and the need for indication of a more systematic treatment, especially in view of the child's malformation which continued to deeply affect the family's life.

KEY WORDS: maternal representations; parent-infant psychotherapy; malformation.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

Antes mesmo do nascimento, a mãe e o pai imaginam e fantasiam características e papéis para o seu bebê (Aulagnier, 1990; Piccinini, Gomes, Lopes & Moreira, 2004; Lebovici, 1987, Schorn, 2002; Soulé, 1987). Naturalmente, o confronto entre este bebê esperado por eles e o bebê real - aquele que nasceu, tende a ser por si só conflituoso. Nas situações de anormalidade¹ do bebê, as dificuldades são significativamente intensificadas. Instala-se uma ferida narcísica nos pais, que se sentem incapazes de produzir um filho perfeito. Com isso, é acionada uma vivência de luto pela perda do bebê imaginário, e pela necessidade de se deparar com a realidade deste novo bebê. A relação dos pais com o bebê sofre os reflexos dessa vivência traumática, e a literatura aponta para os prejuízos disso também na interação mãe-bebê, que tende a ficar menos engajada e sintonizada em situações de malformação do bebê.

Assim, nessas situações em que o bebê apresenta alguma malformação, os pais passam por uma vivência emocional bastante dolorosa e prejuízos são muitas vezes observados na interação com o bebê, o que justifica o uso de intervenções psicológicas. Dentre as possíveis intervenções, a literatura propõe o modelo psicoterápico pais-bebê para atuar nas patologias observadas tanto no bebê como nos pais (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997). Muito embora as intervenções psicoterápicas conjuntas pais-bebê sejam reconhecidas como adequadas para o tratamento das disfunções relacionadas ao nascimento de um bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cramer, 1999; Pinto, 2000; Stern, 1997), poucos estudos têm avaliado o impacto dessas intervenções no contexto específico da malformação do bebê.

Nesse sentido, o presente estudo buscou investigar o impacto da psicoterapia breve pais-bebê nas representações maternas a respeito de si mesma, sobre o bebê, sobre a relação mãe-bebê, quando o bebê apresenta uma malformação. Inicialmente serão examinadas as questões acerca do impacto do diagnóstico de anormalidade no bebê para o psiquismo materno

¹ O termo anormalidade diz respeito a todas as malformações estruturais congênicas e também as alterações cromossômicas associadas; enquanto que o termo malformação se refere unicamente às malformações estruturais congênicas isoladas, sem quaisquer alterações cromossômicas. No entanto, muitos autores utilizam estes termos de maneira aleatória, nem sempre se preocupando com as especificidades de cada termo. No presente estudo, durante a revisão de literatura, procurou-se respeitar, o termo originalmente utilizado pelo autor. Mais adiante, quando estiver me referindo ao caso atendido neste estudo, usarei o termo malformação, que é o correto para designar o quadro clínico apresentado pelo bebê atendido no presente estudo, que tinha cardiopatia congênita.

e a relação mãe-bebê em casos de anormalidade do bebê. Num segundo momento, serão abordadas as representações acerca da maternidade, enfatizando especialmente as concepções de Daniel Stern, e as relações entre representações e situações de anormalidade do bebê. Por fim, serão revisadas as intervenções psicológicas no contexto de anormalidade do bebê, sublinhando a psicoterapia pais-bebê.

1.1. O Impacto do diagnóstico de anormalidade no bebê para o psiquismo materno

Se pensarmos a maternidade já como uma crise vital e evolutiva, podemos supor que nesse processo, mesmo dentro de um contexto de normalidade, já temos diversos lutos (Santos, 2005). Entre estes, pode-se citar as perdas inerentes à condição de mãe, como, por exemplo, deixar um lugar de autonomia completa, sentindo agora que tem um ser dependente de si, ou ainda deixar a posição somente de filha, para assumir a de mãe, sem falar das inúmeras reformulações psíquicas e relacionais previstas para essa nova identidade (Szejer & Stewart, 1997). Assim, ainda que com muitos ganhos, há muitas perdas, no que se refere à mãe. Mas com relação ao bebê, não é diferente. Pois mesmo quando este não tem problema de saúde, o confronto do filho imaginário com o filho real já pode, por si só, gerar sentimentos de perda e aparecer associado a importantes focos conflitivos, os quais, se não elaborados, interferem na relação mãe-bebê (Lebovici, 1992; Schorn, 2002).

Assim, o nascimento de um bebê com malformação é mais uma crise que se adiciona e, nesta situação, Santos (2005) sugere que se tem uma crise tripla: vital, evolutiva e acidental. Durante muito tempo, o pai e a mãe constroem uma imagem do seu filho. Essa imagem é proveniente de suas próprias identificações, aspirações e frustrações (Schorn, 2002). Estabelece-se uma distância entre o que se imaginou e desejou para a realidade e um grande número de projeções futuras têm de ser abortadas, tanto em relação a si mesmas como ao bebê. Para a identidade materna, Santos (2005) chama atenção que é possível que um bebê com malformação remeta e reatualize o que é deficiente na história da mãe, aquilo que faltou, ao invés de representar uma chance de reparação deste faltante, como em uma situação normal. Assim, a questão da feminilidade, que é central na maternidade, através da condição de gestar, procriar e dar a luz a um filho perfeito - o também conhecido filho imaginário do Édipo - tende a não ser alcançada com sucesso nesses casos (Mannoni, 1999). Escancaram-se, assim as imperfeições da mulher, provavelmente aquelas que ela desejava esconder com a nova condição de evidência que possibilita a maternidade.

Sobre o bebê, na ocorrência de anormalidade, este confronto entre bebê imaginário e real assume uma dimensão potencialmente maior (Klaus & Kennell, 1992; Santos, 2005; Schorn, 2002; Solnit & Stark, 1962). Na verdade, esta distância que existe entre o bebê imaginário e o bebê real, e a própria separação mãe-bebê durante o parto, já constituem dois processos de luto vistos como normais no desenvolvimento (Cramer, 1993; Lebovici, 1992; Raphael-Leff, 1997; Soifer, 1980; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, a notícia de uma anormalidade no bebê corresponde a um processo de luto que não faz parte do curso normal do desenvolvimento, sendo, portanto, vivenciado com mais sofrimento pelos envolvidos (Quayle, Neder, Mihaydaira & Zugaib, 1996; Santos, 2005).

Assim, tudo que já era difícil numa situação normal, fica maximizado. E como diz Sinason (1993), o nascimento de um filho é um evento público. Todos esperam e participam. Contudo, diante de uma intercorrência, seja qual for, tem-se uma imensa decepção que gera constrangimento, vergonha, culpa, medo, raiva. Dias (2006) condensa todos estes sentimentos em um estado de desequilíbrio nos pais, na medida em que causa fratura no ideal que a criança representaria, e atinge toda a rede de significações dos agentes parentais. A angústia, o desamparo e a incerteza tomam conta dessa relação. A autora chama atenção que a lesão que se instaura vai muito além da condição orgânica.

Nesse sentido, Schorn (2002) ressalta que a malformação pode até ser uma seqüela, mas não é uma enfermidade, não é também um sintoma que pode desaparecer. Para ela, uma malformação é uma marca real, que vai acompanhar a pessoa por toda a sua vida, mesmo que esta seja reparada cirurgicamente – da sua mente nunca vai desaparecer. Ela denuncia o imperfeito, o castrado, a falta, isto é, é uma marca, uma ausência que se faz muito presente e que afeta o paciente e toda a sua família. Mannoni (1999) acrescenta que não basta somente lidar com a condição médica e sim com todos os mecanismos psíquicos que se instauram em decorrência do luto. Esse processo de luto equivale, para Quayle (1997b), ao luto por perda/morte, o que evidencia a gravidade da repercussão do diagnóstico de anormalidade no bebê e para a família. O luto é pelo que é diferente do imaginado.

No estudo de Trolt (1983), que entrevistou famílias americanas com bebês entre 0 e 30 meses, que apresentavam diversos tipos de malformação, o luto dos pais equivaleu ao luto de morte, na medida que além do sofrimento pelo filho idealizado e perfeito que não existia, havia uma sobre exigência em se deparar com a criança real que demandava cuidados imediatos. Para alguns casais deste estudo, quando alguém os lembrava que seu bebê estava vivo e precisava de seus cuidados, eles se sentiam confusos. A confusão estava associada ao

fato de terem tido um filho, vivo, dependente deles e eles não se sentirem felizes com isto. A culpa, então, surgia, agravando ainda mais o quadro. Trolt explicou que o complicador seria devido ao fato de que embora tenha havido uma perda, uma morte real, a criança não morreu e a perda concreta não podia ser vivida. Ele ainda fez uma analogia com o corpo de alguém que morreu na guerra e sumiu. Não há um morto concreto, mas há um corpo na mente dos pais que precisa ser enterrado, caso contrário, o apego com o bebê vivo real não pode ser completamente estabelecido.

Assim, o casal, frente a uma situação de anormalidade do bebê, precisa se adaptar a esta nova realidade. Essa adaptação segue um ritmo de desenvolvimento particular, porém é possível falar de algumas etapas comuns àqueles que passam por um processo de luto. As reações parentais frente a notícias de malformações nos bebês foram descritas em um estudo clássico por Drotar et al., (1975), que a partir de suas observações, sugeriram fases de organização dessas reações, a saber choque, negação, tristeza e cólera, equilíbrio e reorganização, que são descritas a seguir.

A primeira fase é quando ocorre uma perturbação abrupta do equilíbrio psíquico, levando a comportamentos de fuga, crises de choro e descontrole emocional. Em geral, os casais, especialmente as mães, tendem a sentirem-se desamparados e com uma sensação de que tudo está perdido. É, nesse momento, que surgem as perguntas de necessidade de justificativa: 'Por que comigo? O que foi que eu fiz?' Estas questões surgem logo após o diagnóstico e costumam retornar em alguns outros momentos do desenvolvimento do bebê. Em seguida, surge um período de descrença e negação em relação aos fatos, além da necessidade de confirmação da verdade do diagnóstico. O casal, nesta fase, costuma procurar outros médicos e realizar novos exames, chegando a, por vezes, esconder a informação já sabida como uma tentativa de obter resultados diferentes. Esse estado de negação vai, paulatinamente, dando lugar à tristeza e à cólera, o que constitui um momento bastante difícil para o casal que se encontra com sua capacidade racional tomada por sentimentos muito intensos. O período de equilíbrio inicia quando o casal passa a querer compreender o que de fato ocorreu, além de pensar em como serão suas vidas futuramente.

Moura (1986) aponta algumas fases que seguem à notícia do diagnóstico de anormalidade do bebê. Para ela, após as fases de choque e negação, nas quais o bebê ainda não é visto como separado pelos pais, surge uma fase de liberação das reações impulsivas, que consiste em dirigir todo o sentimento de tristeza, raiva e decepção para um bebê que agora já assume uma identidade. A rejeição, nesse momento, pode levar a um desejo de que o bebê

morra. Esse sentimento de não-aceitação, segundo Moura, desencadearia a fase de busca do culpado, na medida em que o pai e/ou a mãe não podem tolerar sua própria culpa de estar rejeitando o bebê. Assim, essa é projetada, em geral, para o parceiro, o médico e/ou para a ascendência familiar de cada um. A fase da depressão vem para elaborar parcialmente este luto, enterrando os sonhos e levando-os a enxergar a realidade. Segue, então, a fase da aceitação, quando o casal encontra um significado e um lugar para o bebê na família.

A existência destes dois modelos descritos acima, assim como muitos outros relativamente equivalentes (Fainblum, 2000; Schorn, 2002), que se dedicam a explicar a reação dos pais diante do diagnóstico de anormalidade do bebê, reflete não só eventuais diferentes perspectivas teóricas, muitas delas bastante sutis, mas especialmente as variações nas reações entre os casais - que é fruto da subjetividade de cada um para lidar com esta situação. Todas estas fases, na prática, aparecem muito relacionadas, o que faz com que reações próprias a uma fase sejam manifestadas em meio a outras, o que se explica pelo dinamismo psíquico dos envolvidos.

A individualidade de cada pai, de cada mãe e de cada casal vai influenciar não somente a forma de viver cada fase (Irvin, Kennel & Klaus, 1993), mas também no tempo despendido em cada uma delas e na capacidade de chegar ou não à fase de reorganização. Na verdade, a intensidade das repercussões emocionais é dificilmente avaliada, mas existem fatores reconhecidos como fundamentais na qualidade de elaboração do luto, tais como: o momento em que o diagnóstico é recebido, a gravidade da malformação, a paridade do casal (Kroeff, Maia & Lima, 2000), além do diagnóstico, prognóstico, tipo de cuidado necessário ao filho (Goldberg et al., 1990) e por fim, os recursos externos (apoio) e internos (estrutura psíquica) disponíveis (Pelchat et al., 1998).

Para alguns autores a visibilidade da própria anormalidade também influencia a dinâmica psíquica vivida pelos pais (Kroeff et al., 2000; Quayle et al., 1996). Caso se trate de um problema interno, ou 'invisível' externamente, se materializaria nos genitores a idéia de que um deles tem um caráter ruim provocando a expectativa de constante fracasso. Já aquelas malformações 'visíveis' levariam a uma culpa imediata e intensa nos pais, fazendo com que muitos deles abandonem suas vidas particulares para dedicação exclusiva ao bebê. Ademais, como foi destacado acima, as mães primíparas tendem a vivenciar o diagnóstico de anormalidade com mais sofrimento do que as múltiparas, caso estas últimas já tenham tido filhos saudáveis (Quayle et al., 1996). Por fim, a autora chama atenção que, mesmo quando se trata de bebês planejados e desejados, para os quais poderia se supor uma menor ambivalência

das mães do que para os não planejados e indesejados, parece que essas situações são igualmente desorganizadoras.

Outro aspecto que parece influenciar na intensidade do sofrimento parental é o tipo de malformação do filho. Uma pesquisa realizada por Pelchat et al. (1998), no Canadá, comparou o estado emocional de famílias de bebês que apresentavam uma malformação, entre diagnósticos de síndrome de *down* (16 pais e mães), malformação cardíaca (18 pais e mães) e fissura lábio palatal (34 pais e mães). Os casais dos dois primeiros quadros clínicos revelaram mais dificuldade em aceitar o bebê, maior sentimento de ameaça em exercer a função parental, maior estresse e angústia, além de uma maior percepção de descontrole, em relação aos pais de bebês com fissura lábio palatal e ao grupo controle. A explicação dos autores para estes resultados destacou a gravidade da malformação, isto é, quanto maior o risco de sobrevivência do bebê e quanto mais extensas são suas seqüelas desenvolvimentais, mais conturbada seria a vivência.

De qualquer forma, Tradup (1990) enfatizou que o recebimento da notícia de anormalidade do bebê, seja antes ou logo após o nascimento, é sempre uma vivência de crise intensa e equilíbrio emocional próximo à disrupção. Os pais chegam a adquirir uma “nova identidade” na medida em que são jogados, de uma hora para outra, em uma nova dimensão de vida, com novos papéis, ambientes e convívios (Waisbren, 1980). Sendo assim, diante de um diagnóstico de malformação, o sofrimento dos pais, em especial o choque inicial, se desencadeia pela consciência de que a criança não corresponde à imagem ideal acalentada durante a gravidez. E esse choque poderia, inclusive, apagar de uma só vez todo o campo mental da mãe e do pai, deixando-os estupidificados diante do traumatismo que uma situação desta representa (Debray, 1988).

Com isso, ocorreria uma profunda vivência de perda e luto, instalando-se na mãe uma “ferida narcísica”. Ela tem com isso, sua auto-estima diretamente afetada, uma vez que seu bebê é considerado como sendo sua extensão (Ramona-Thieme, 1995; Santos, 2005; Schorn, 2002). Sobre esta questão, Moura (1986) refere que o filho é para a mãe a reedição da sua própria infância, o que torna a situação de anormalidade muito dolorosa para a mulher. Os pais precisam admitir uma perda narcísica importante, uma vulnerabilidade dolorosa da sua auto-estima: não poderão duplicar-se em um belo e saudável bebê (Brazelton & Cramer, 1992). Trolt (1983) salientou ainda que o insulto ao narcisismo é tão intenso que, para preservar pelo menos um pouco da auto-estima, os casais podem chegar a se afastar, podendo, assim, projetar um no outro a culpa pelo ‘erro’.

Assim, o diagnóstico acarretaria, para Kroeff et al. (2000), uma espécie de desintegração de sentimentos, isto é, as expectativas e afetos que estavam sendo dirigidos ao bebê sofreriam uma quebra, dando lugar à culpa, raiva, sentimentos de impotência, frustração e resignação. Com isso, os autores acreditam que se desencadeariam nas mães dois mecanismos principais. O primeiro é a perda da auto-imagem, pois o desejo de ver no filho refletida uma imagem sua - robusta, saudável e perfeita se rompe diante da realidade que não é assim, o que acaba por desorganizar sua própria imagem. O segundo mecanismo é a perda da auto-estima, que ocorre pela crença na própria incapacidade de produzir uma prole normal.

Ainda sobre o primeiro mecanismo, perda da auto-imagem, pode-se pensar na formulação psicanalítica a respeito da função do espelho na constituição psíquica do sujeito (Lacan, 1949/1998; Winnicott 1967/1975). Esta formulação enfatiza que o espelho representado pelo olhar da mãe para o bebê é o que vai constituindo o aparelho psíquico do bebê, na medida em que este se enxerga através dela. Está-se falando em um momento no qual ainda predomina uma relação indiferenciada, de extensão mãe-bebê. Compreendendo que esta simbiotização poderia ocorrer bidirecionalmente, a mãe também se enxergaria no bebê. Assim, a perda da auto-imagem entraria na imagem que o bebê reflete para a mãe. Se este não corresponde à imagem esperada por ela - a que ela acredita que tem e que se refletiria nele - passaria então a reformular a sua própria imagem de acordo com o que ela vê no bebê. O resultado é uma quebra no narcisismo e, conseqüentemente, uma perda de auto-estima. Mãe e bebê ficam, sob a visão da mãe, equivalentes.

Nesse contexto de equivalência, Gordeuk (1976) defende que a identificação maciça da mãe com o bebê é que acarretaria os prejuízos no narcisismo e na auto-estima fazendo com que a mãe se sinta defeituosa. Isso a faz reduzir, inclusive, suas necessidades. É como se não precisasse mais se preocupar tanto consigo e com seu bem-estar, já que seria imperfeita e não mereceria tantas dedicações. Nos casos em que o bebê foi especialmente desejado para preencher um espaço narcísico da mãe, esse impacto seria ainda maior e se constituiria num trauma importante. Estas mães, em geral, conforme Chess e Hossibi (1982), já resguardam em si um sentimento latente de inadequação, ou melhor, um prejuízo narcísico que se reflete também na maternidade, e a ocorrência de uma malformação no filho só traria à tona tal realidade psíquica.

Sobre o desenvolvimento da maternidade e do sentimento materno no contexto de anormalidade do bebê, Gordeuk (1976) salientou que a maternidade e o papel materno são profundamente afetados pelas características do bebê, sua aparência e suas respostas. O

próprio desenvolvimento da maternidade e, com isso, a possibilidade de acesso às capacidades maternas estariam intimamente associados à identificação do bebê como um ser separado e real. Só que fazer esta identificação é algo lento e complicado. Segundo Rubin (1975), inicialmente, é preciso ocorrer uma associação mãe-bebê, depois uma diferenciação, e, por último, a comprovação de ver o bebê inteiro e intacto. Nos casos de anormalidade do bebê, esta última premissa fica, com certeza, prejudicada. A mãe, mesmo que tenha conseguido se associar e se diferenciar, o que também provavelmente ocorre com dificuldades, não consegue enxergar o bebê intacto, o que pode levá-la a não chegar a concebê-lo separado dela, real e, portanto, com potencial de crescimento. Como a maternidade e o papel materno estão atrelados a esta necessidade, quando o bebê tem algum problema, o processo e o exercício materno tendem a sofrer o que Rubin chama de ruptura. Para restabelecer a continuidade, a mãe precisa, primeiro, passar pelo luto da perda do bebê representado e idealizado.

A intensidade da experiência com a anormalidade de um filho acaba atingindo diferentes aspectos da vida da mãe e do pai e outros membros da família. Loebig (1990) delineou alguns dos aspectos afetados: quanto aos positivos, destacou o fato de aprender a aproveitar mais as pequenas coisas da vida, ter mais paciência, não levar tudo tão a sério e adquirir um novo sistema conceitual; quanto aos negativos, salientou períodos repetidos de estresse e profunda depressão, irritação, restrição da vida e sentimentos de solidão. Além destes, relatou ainda o impacto na relação conjugal, que por vezes fica mais fortalecida, embora com uma redução do tempo para o casal; e outras vezes se destrói, por, possivelmente, já ter uma base mais frágil, e não agüentar o peso da situação. Mudanças na rotina da família também foram destacadas, pois muitas vezes é necessário mudar o estilo de vida adequando-se às necessidades do filho com anormalidade. Na relação com os outros, identificou problemas de dependência em relação aos próprios pais que se metem mais na educação do filho e acabam tendo este espaço pela necessidade que eles ajudem nos cuidados com a criança, além de um isolamento do resto da família, vivendo, em geral, em torno da criança. Quanto ao impacto no trabalho, o autor apontou a inflexibilidade e a redução de salário, pois a demanda de cuidados acaba interferindo no desempenho e na carga horária despendida. Muitas vezes, associado à redução de jornada de trabalho e despesas extras com o cuidado do filho, a situação financeira, ficaria afetada.

Talvez pela gravidade, intensidade e extensão de todas estas disrupções psíquicas, familiares e sociais é que algumas mães nunca superam completamente o fato do filho ter nascido com uma malformação. No estudo de Trolt (1983), uma mãe referiu que a cada

ausência de resposta evolutiva da filha, a vivência da dor de seu nascimento, com todas as dificuldades impostas, se remontava. O bebê perfeito fantasiado, por vezes, fica como um fantasma na mente da mãe, e serve para incrementar seu sofrimento cada vez que é comparado com o bebê real. Porém, o autor sublinhou a normalidade destes sentimentos, dizendo que a perda não termina quando há uma aceitação do bebê real. Essa recorrência da perda não representa, então, a não aceitação e sim o luto pelo bebê que “morreu”. Drotar et al. (1975), ao se referirem à penúltima fase do processo de luto, a de adaptação, enfatizaram que mesmo que os pais consigam atingir esse estado adaptativo frente à malformação do filho, isto nunca se faria completamente. Mesmo passados anos do impacto do diagnóstico, haveria momentos de revivência do sofrimento.

Estudos empíricos, que se dedicaram a investigar as repercussões emocionais experienciadas pelos pais de crianças com algum tipo de deformidade e/ou deficiência, são enfáticos ao mostrarem que estes tendem a expressar um maior nível de ansiedade, estresse, depressão e baixa auto-estima quando comparados com pais de crianças normais (Beckman, 1991; Goldberg et al., 1990; Pelchat et al., 1998). Em todos estes estudos, as mães apresentaram em especial mais dificuldades que os pais, revelando mais efeitos negativos na relação conjugal e na sua saúde, maiores níveis de angústia, mais restrição no papel de mãe e, principalmente, maior insegurança em sua competência materna. Nesta mesma direção, Waisbren (1980) entrevistou e comparou 30 famílias (pais e mães) de bebês normais com 30 de bebês com anormalidades, sendo metade deles americanos e metade alemães, com relação à reação diante do nascimento do filho/a que tinha até 18 meses. Os resultados apontaram que os pais de bebês com anormalidade demonstraram um aumento dos sentimentos de incapacidade, uma crença de que a situação os fez mudar para pior, além de intensos sentimentos de tristeza, desapontamento e, por conseguinte, baixa auto-estima. Segundo os autores, seria razoável pensar que as mães, que estivessem apresentando um estado emocional desta natureza, tendiam a se sentir menos capazes de cuidar bem do seu filho, o que podia trazer prejuízos para a relação mãe-bebê. A nacionalidade das famílias não se mostrou um fator capaz de diferenciar os sentimentos e as experiências neste contexto.

Especificamente em relação às repercussões conjugais do nascimento de um filho com malformação, Quayle (2005) aponta uma série de reações intensas entre o casal, dificultando sua relação. Segundo a autora, pensar em um problema genético como algo ruim, que deu errado e que veio de um dos genitores acaba se tornando algo pesado na dinâmica conjugal. Um deles pode se sentir culpado por disseminar um erro para a prole, e como salientam

Mattos e Chagas (2001), nessas situações, há sempre uma busca por um culpado, o que propicia ainda mais este lugar de réu tão prejudicial tanto para o casal como para a família como um todo. Por isso, às vezes, essa culpa é projetada como uma forma de impedir que ela volte para dentro e se transforme em depressão (Taylor, 1982). Essa sensação de erro é tão forte que tende a prejudicar, inclusive, a vida sexual do casal, que pode passar a senti-la como ligada a resultados ruins e proibidos (Sinason, 1993).

Soifer (1980) aponta que a ocorrência de uma malformação no bebê acarreta conseqüências preocupantes já no puerpério. A depressão puerperal se tornaria mais freqüente e intensa, além da mãe sentir-se impossibilitada de utilizar sua capacidade maternal. O fato do bebê comumente permanecer na UTI neonatal por algumas semanas e até alguns meses, acaba por gerar na mãe sentimento de vazio e perda, especialmente porque tem que voltar para casa depois do parto, sem levar o bebê consigo. A situação, segundo a autora, leva a uma ferida narcísica em lenta e difícil recuperação. Assim, mesmo se considerando a especificidade de cada situação, o diagnóstico de anormalidade implica em dificuldades potencialmente importantes para os pais e, especialmente para as mães e, conseqüentemente, para a sua relação com o bebê.

1.2. A relação mãe-bebê em casos de anormalidade do bebê

Como visto acima, a descoberta do diagnóstico de anormalidade e a vivência de luto marcam a relação dos pais com a criança por toda a vida (Quayle, 1997a), devido à intensidade das dificuldades enfrentadas. Podem surgir sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, projeções massivas sobre ele, além de outras reações perturbadas - uma verdadeira “tempestade psíquica” que precisa de cuidados profissionais para não causar efeitos nefastos na relação pais-bebê (Maury, 1999).

Essa dificuldade na relação já foi descrita por Freud (1926/1969), que postulou que, diante do sofrimento, o movimento psíquico natural é desinvestir a libido do outro e do externo e reinvestir em si mesmo. Por esta razão, Bertoldi (2002) acredita que, pelo menos nos momentos iniciais, é muito difícil para os pais lidarem com um filho com malformação e investirem em seu desenvolvimento. Eles estão sofrendo muito, passando por um luto, e ainda lhes é exigido cuidar do filho, se relacionar com ele e acreditar na sua evolução – objetivo esse que, apesar de aparentemente natural, passa a ser quase impossível de ser atingido, se levadas em conta as necessidades e dificuldades psíquicas advindas destas situações.

Por essa razão, podemos elencar uma série de dificuldades, de diferentes naturezas, comumente enfrentadas nesses momentos iniciais. Essas geram também diferentes reações das mães em relação ao bebê. Uma delas é o retraimento dos afetos como proteção pela dor e ameaça do próprio contexto. Já durante a gravidez, autores que investigaram situações de risco para anormalidade fetal, mostraram que, em geral, as mulheres deixam o envolvimento com seu bebê suspenso até a chegada dos resultados confirmatórios sobre a saúde do bebê (Heidrich & Cranley, 1989; Raphael-Leff, 1997). Os estudos de Roelofsen, Kamerbeek e Tymstra (1993) também retratam esta realidade, ao mostrarem respostas de gestantes que disseram que até que vissem os resultados iriam ignorar a gravidez e não se sentiriam conscientes de seu estado; outras referiram que deixariam de lado qualquer atividade ligada à gravidez, como falar sobre o bebê e usar roupas de gestante. Maldonado (1997) aponta que a certeza quanto ao estado de saúde do bebê só vem com o seu nascimento. Porém, autores defendem que, mesmo depois do parto e de passados meses de vida do bebê, diante de uma situação de anormalidade, muitos aspectos ficam incertos, especialmente, em relação ao prognóstico e seqüelas (Pelchat et al., 1998; Waisbren, 1980). Por exemplo, em uma revisão teórica realizada por Crow (1996), com respeito a bebês com malformações cardíacas, foi enfatizado que os pais tendiam a ficar relutantes para se ligar ao bebê, pois ele poderia não sobreviver.

Ou seja, são muitas incertezas inerentes a esta situação. Como a sua continuidade só poderia ser garantida apoiada no desejo do Outro, ou seja, se o bebê significasse vida, estaria inscrito na mente da mãe e, portanto, existiria com mais força. Nos casos de malformação e maior incerteza ainda do futuro do bebê, essa noção e desejo de continuidade ficam frágeis e o investimento libidinal fica reduzido (Dias, 2006). Debray (1988) fala de uma espécie de reações de freio na circulação de afetos das mães em relação a seus bebês com malformação, como se houvesse constantemente uma necessidade de não investir na dúvida de que esse filho vá progredir com boa saúde. Assim, parece que tanto antes como depois do nascimento, os sentimentos maternos, dependendo da situação, podem ficar, por defesa, resguardados até a certeza da sobrevivência do bebê e das suas condições desenvolvimentais.

Essa idéia repousa sobre outra muito importante de ser explorada: a de morte. Nessas situações de malformação, a morte é uma ameaça constante. Pois mesmo que diante de um bom diagnóstico, o bebê está sujeito a repetidas cirurgias, cuidados especiais e consultas médicas freqüentes. Ou seja, existe um risco, e parece “atropelar” e não permitir espaço e tempo para a constituição psíquica do sujeito na mente dos pais (Jerusalinsky, 2002). Para que

o desenvolvimento ocorra é necessário um certo intervalo temporal entre o nascimento e a morte. Mas esse intervalo não diz respeito somente ao tempo cronológico real, e sim também ao tempo psíquico requerido para que o sujeito se constitua na mente do Outro, e assim vá se constituindo como tal, autônomo. Para o autor, nessas circunstâncias, o nascimento e a morte acabam se interpondo, ou de uma forma real ou imaginária na mente da mãe, que por medo e ameaças concretas está constantemente amedrontada da sua chegada. Em lugar de se operar os efeitos constitutivos do sujeito, se imprime a marca mortificante da sua destituição. Assim, a constituição psíquica do bebê fica prejudicada, na medida que a mente do Outro não se encontra, muitas vezes, com a disponibilidade necessária para formar um sujeito inteiro, é sempre uma dúvida, um medo, uma autoproteção; o que acaba também impedindo o bebê de se enxergar autonomamente e se desenvolver de maneira psiquicamente saudável.

Como já foi enfatizado anteriormente, a idealização e a libidinização do filho precisa ocorrer. Contudo, quando os pais se deparam com um diagnóstico de malformação, esse processo tende a ficar prejudicado (Brazelton & Cramer, 1992). Caso não seja depois recuperado um investimento positivo dos pais no filho, mesmo com uma breve interrupção e/ou lentificação desse sentimento, percebe-se diversas possibilidades de saídas conflituosas nesta relação. Pode-se instaurar nos pais, conforme Brazelton e Cramer, desde quadros de ansiedade, depressão, até uso de projeções patológicas, que tornam a criança um bode expiatório e receptor de todas as falhas da família. Por outro lado, é possível também, pela culpa, uma infinita devoção e dedicação dos pais, que se traduz em uma atitude de superproteção, sufocando, com isso, o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992; Prada, Valle & Pimentel, 2000). Ao se tornar um coitado, através de uma atitude evidente de falso protecionismo, o bebê passa a ocupar um espaço especial e livre de agressões, as quais estão inquestionavelmente presentes no inconsciente desejoso dos pais, além de livrá-los dessa aterrorizante culpa que normalmente lhes acompanha (Schorn, 2002). Sinason (1993) compartilha desta idéia quando refere que a rejeição inicial por parte dos pais pode converter-se em um estado de superproteção em relação ao filho, o qual também prejudica o seu desenvolvimento psíquico, pois, segundo Waisbren (1980) este passa a ser visto como muito vulnerável e incapaz.

O filho pode não ser visto, então, como suposto capaz de realizações e de vida, e, portanto, comumente, é impedido de sofrimentos; uma superproteção que leva a um “fúnebre enclausuramento” (Jerusalinsky, 2002). Isso sim remete à morte, uma segunda morte que conforme ele, é a de um ser que, mesmo vivo é dito, visto e vive como morto. De acordo com

o autor é preciso ajudar aos pais que reconheçam que o pior que pode acontecer na vida de alguém é que nada lhes aconteça. Santos (2005) acrescenta que é importante a noção de um filho com uma malformação e não a de um filho malformado, mantendo assim uma noção subjetiva e singular do sujeito. Ou seja, nosso papel, como profissionais da saúde, é auxiliar os pais a não se centrar simplesmente nas limitações e impossibilidades de determinada malformação, e sim estar sempre atentos às possibilidades e restrições desse bebê em particular.

É claro que a presença da malformação é algo inexorável, está ali e precisa ser olhada. Inquestionavelmente também o bebê irá se deparar com limitações. Porém, o *quantum* disso é que está em discussão. Sabemos que uma mesma patologia pode assumir diferentes representações psíquicas inconscientes dependendo de quem a porta ou olha (Jerusalinsky, 2001). Estas poderão, então, ser mais ou menos propiciadoras/limitantes para o bebê se desenvolver e se constituir como sujeito. Se a objetividade acompanha o diagnóstico médico, não se pode dizer o mesmo em relação aos aspectos psíquicos, e estes são parte fundamental do grau de superação da situação. O autor defende que os efeitos imaginários das patologias resguardam mais o seu prognóstico do que o quadro clínico em si. Nesse sentido, ele aponta dois mecanismos que se interpõem no estabelecimento do laço mãe-bebê em situações de malformação: o mecanismo das profecias auto-realizáveis e o da antecipação de insuficiência no bebê. O primeiro envolve uma crença de fracasso, embora exista potencial para o sucesso. Assim as ações são todas baseadas na expectativa e na certeza do negativo, levando então a se confirmar esse fim. Diz o autor *“Tal incapacidade pode acabar cumprindo-se no bebê – mesmo que não haja nada da patologia orgânica que assim o determine – por efeito das expectativas engendradas desde o imaginário parental”* (p. 39). O segundo mecanismo, o de antecipação das insuficiências no bebê tem a ver com uma “passivização psíquica”, isto é, há de fundo também uma antecipação da incapacidade nas demandas que poderiam lhes ser impostas. Assim, a família o faz passivo às técnicas profissionais para ele buscadas, tirando-lhe a chance e o lugar de ativo no seu progresso. Assim, tem-se claro que pode haver uma indiscriminação entre o que o bebê é limitado fisicamente e o que ele pode ser psiquicamente, nas representações dos pais.

O estudo de Chess e Hossibi (1982) revela uma mistura nesse sentido, ao mostrar uma alta associação entre deficiência física e doenças psiquiátricas na criança. Segundo os autores, estes problemas psiquiátricos poderiam ser decorrentes de duas razões: (1) da própria condição orgânica; e/ou (2) de natureza reativa, ou seja, das dificuldades da criança em enfrentar o ambiente externo ou do manejo parental inadequado. Associadas a esta última razão, estariam

as atitudes dos pais de superproteção. Aprofundando um pouco a dinâmica da relação dos pais com o bebê, especialmente, em relação a este tipo de atitudes, pode-se utilizar o entendimento dos autores a respeito do efeito cruzado de deficiências em áreas não afetadas. Isto é, primeiro tem-se o problema da criança com suas limitações correspondentes, e depois a maneira com que os pais vão lidar com este. Caso os pais enxerguem e tratem este problema de forma patológica, por exemplo, exacerbando suas implicações e restringindo as potencialidades da criança, ter-se-á um incremento das limitações, o que não decorre da patologia em si e sim do tipo de relação estabelecida pais-criança. Esse incremento de limitações é, enfim, o que Chess e Hossibi chamam de efeito cruzado de deficiências em áreas não afetadas, o que seria muito comum nessas situações.

A atitude de superproteção também pode decorrer do medo de que aconteçam eventos ainda mais traumáticos (Sinason, 1993). O bebê já é visto como tão frágil, doente que, aos olhos da mãe, não parece poder se defender. É como se a vulnerabilidade dele estivesse sempre representando uma porta aberta para mais tragédias, as quais poderiam, fantasiosamente, ser evitadas pela sua postura de proteção excessiva. Podemos pensar que essa atitude não deixa de significar uma tentativa de se livrar também da impotência, sentimento tão inerente a tais situações.

Além da suspensão dos afetos, e da superproteção, podemos identificar também uma postura mais rechaçante da mãe em relação ao bebê (Santos, 2005; Schorn, 2002). Por ser um encontro que a mãe não está esperando, e bem distante do imaginado, a mãe pode ter dificuldade, em um primeiro momento, de reconhecer o bebê como seu filho. Ela se sente frente a um estranho, um pedaço de si mesma totalmente desconhecido. Isso provoca, segundo Schorn, falhas no processo de narcisização da mãe no bebê, na medida em que o seu investimento libidinal fica falho. Ela não consegue, mesmo que inconscientemente, ver no bebê um objeto de identificação, reconhecê-lo como uma extensão de si. Assim, o bebê também pode se deparar não com um olhar acolhedor que reflete satisfação e admiração, mas sim com um olhar deprimido e angustiado. A identidade do bebê recebe essas implicações podendo este passar a se enxergar com desvalia, por não sentir sua imagem capaz de encantar sua mãe, além da culpa por não haver correspondido às expectativas nele colocadas.

Neste contexto, a dificuldade de identificação passa muito por uma questão de corpo, imagem, espelhamento (Schorn, 2002). Antes de se encontrar com seu filho, a mãe se encontra com um corpo, a partir do qual libidiniza e constitui psiquicamente aquele sujeito. A mãe tende a se enxergar no bebê e este na mãe. Há uma interação contínua e permanente e o bebê é

ativo nela. O *feedback* de um para o outro auxilia numa espécie de retroalimentação, solidificando o vínculo de apego. Nesse sentido, Schorn (2002) cita Ajuriaguerra na sua idéia de que o bebê constrói a mãe e a mãe, por sua vez, também constrói o bebê. Solis-Ponton (2004) acrescenta que o filho faz os pais, lhes parentaliza e se constitui ao mesmo tempo. Se a mãe sente que satisfaz seu filho, isso gratifica seu narcisismo e lhe confere a identidade materna. É um entorno que se harmonioso permite espaço para essa construção mútua e singular que nunca se formará dessa maneira com outra dupla, nem se a mãe for a mesma. Essa relação constitui psicologicamente o bebê.

Anzieu (1989) refere que é através do contato do seu corpo com o corpo da mãe que o bebê adquire sua capacidade perceptiva. Surge o que ele chama de “Eu-pele”, uma noção integrada de si a partir da identificação com um objeto primário seguro que o contém. Para que a mãe se ofereça como este objeto, ela precisa reconhecer o filho como seu e estar disposta a emprestar seu corpo, pele, e psiquismo para sua constituição. Essa etapa inicial, conforme Solis-Ponton (2004), se desenvolve em nível corporal, mais precisamente entre o corpo físico da mãe e do bebê. Esse é o cenário da interação, onde se constitui, de acordo com a autora, o plano primário da inscrição psíquica, cujo mecanismo central é a identificação. Portanto, o papel de espelho é fundamental para que o bebê possa se formar e se reconhecer no olhar da mãe. Estando o corpo com algum problema, esse processo fica afetado (Schorn, 2002). O bebê não é o que se esperava e, portanto, ele se torna impensável, irrepresentável, em um primeiro momento. Se pensarmos que a mãe se enxerga no bebê e vice-versa, e que esse espelhamento é essencial no desenvolvimento, pode-se supor, segundo a autora, que no contexto de malformação, há grandes possibilidades de desencontros.

Solis-Ponton (2004) nos fala que esses desencontros têm a ver com o tipo de objeto que o bebê pode se tornar aos olhos da mãe. Seria importante que ele fosse um objeto de completude e desejo para ela, porém ele pode acabar representando um objeto de trauma e, neste caso, o fantasma inconsciente invadirá sua corporeidade real. A partir dessas considerações, podemos pensar que a parentalidade diante de uma malformação tende a se constituir, no mínimo, com falhas. A mãe pode não se sentir completa ao não completar o filho, que permanece com um problema, por maior que seja sua dedicação. O equilíbrio e a tranquilidade dificilmente são alcançados, dadas as ameaças reais de complicações médicas. Assim, se o bebê for sentido como um objeto de trauma, o processo de identificação fica prejudicado e o “espelho” rachado.

Todo esse impacto da malformação no psiquismo materno pode, por consequência, interferir no psiquismo do bebê (Malucelli, 2002). Para ela, as alterações da imagem corporal podem gerar ansiedades e conflitos importantes tanto para a mãe como para a própria criança. Dolto (1992) parece defender idéia semelhante ao entender que, no caso dessa imagem, que ela chama de imagem de base, ser atingida, abrem-se espaços no psiquismo para ameaças de aniquilamento, estados fóbicos e fantasias de despedaçamento. É a imagem de base que, segundo ela, permite à criança sentir a mesmice de ser numa continuidade narcísica, numa continuidade espaço-temporal – noções tão essenciais para a constância objetal. Malucelli (2002) acrescenta que o tempo que essa ferida corporal demora a cicatrizar, que podemos ligar às consultas médicas, procedimentos cirúrgicos e cuidados gerais, que por vezes se estende por anos, pode equivaler ao tempo que o psiquismo também precisa para se reerguer, tamanho o trauma. Reiterando estas idéias, a autora citou a passagem de Aulagnier (2002): *“Alguns segundos serão suficientes para fraturar seu corpo. No melhor dos casos, meses são necessários para que os pedaços se ressoldem e muitos outros meses para achar mecanismos que compensem a deficiência funcional que dali pode resultar”* (p.145).

Diante de intensidade e da extensão das dificuldades, mesmo passado um tempo do diagnóstico, corre-se o risco de não ‘cicatrizar’ a ferida narcísica instalada nos pais diante do diagnóstico de anormalidade do bebê. A auto-estima dos pais se não for revigorada, pode vir a colapsar (Brazelton & Cramer, 1992). É quando não somente o ‘defeito’ da criança é aceito, como também se espera um contínuo fracasso dela. É como se, a partir de agora, somente o que pudesse espelhar a auto-imagem dos pais, fosse uma criança fraca, sem maiores atrativos. Conforme os autores, a comprovação da falha seria tão disruptiva que esta ficaria reconhecida como verdadeira e definitiva, tornando qualquer sucesso incoerente. Os pais, nestes casos, poderiam se ver intensamente responsabilizados, vindo, por conseguinte, a depressão, os conflitos conjugais, além das culpas projetadas em familiares e na equipe médica. São comuns atitudes de rejeição e raiva em relação à própria criança, ou em relação a ter uma criança com potenciais. Inconscientemente, não “cabe” mais ter uma criança que evolua (Brazelton & Cramer, 1992; Waisbren, 1980). O apego, nesses casos, não se desenvolveria (Brazelton & Cramer, 1992) ou ficaria difícil de ser estabelecido (Maury, 1999).

Ainda sobre o estabelecimento do apego, Speltz, Endriga, Fisher e Mason (1997) compararam a interação de 116 díades de mães americanas e seus bebês, aos três meses de vida, sendo 56 deles com fissura labial e/ou palatal, e 56 sem qualquer diagnóstico de malformação. Apesar de suas expectativas iniciais envolverem a idéia de uma menor

responsividade nas díades mães-bebês com fissura, estas não foram confirmadas nos resultados. Na verdade, nos resultados não foram encontradas diferenças no apego mãe-bebê em bebês com ou sem o diagnóstico. O interessante é que a explicação dos autores, baseada em dados de entrevistas, foi de que estes achados estavam enviesados pelas atitudes de superproteção das mães, que, por culpa, assumiram uma conduta reativa. Poder-se-ia pensar também que, em alguns casos, pode ter predominado aspectos saudáveis na relação.

No entanto, Colares e Richman (2002) também reforçam uma idéia mais patologizante das relações envolvendo anormalidades do bebê. Revisando extensamente a literatura sobre fatores psicológicos relacionados à fissura lábio-palatal, os autores salientaram que a relação mãe-bebê tende a se tornar realmente complicada. O contato visual e o toque, elementos essenciais para uma boa qualidade de relação, tendem a ser menos frequentes nestas duplas, uma vez que as mães de bebês com esta malformação apresentam-se mais inibidas para o contato físico com eles. Os autores ainda apontaram que, quanto mais atrativa fisicamente é uma criança, mais chance ela tem de receber de atenção. Stern (1999) acrescenta que as mães sentem medo de machucar um ser tão delicado e, por isso, podem se retrair na interação com ele.

No tocante às malformações cardíacas, especificamente, alguns estudos apontaram que por se tratar, em geral, de quadros clínicos bastante ameaçadores do ponto de vista de gravidade, a interação tende a ficar bastante prejudicada. Por exemplo, Svavarsdottir e McCubbin (1996) observaram 71 díades de mães e bebês de até um ano de idade que apresentavam cardiopatia congênita. Os resultados mostraram que as mães ficavam muito receosas em interagir com seus bebês por medo de lhes causar qualquer dano que levasse a uma crise, gerando uma interação carregada de estresse. A pesquisa mostrou que a interação mais demorada era a alimentação, justamente pelo temor materno de engasgar o bebê e ele ter uma crise cianótica. Os momentos de interações ditas emocionais, ou seja, brincar, vocalizar, foram pouco frequentes entre as duplas observadas. Carey, Nicholson e Fox (2002) corroboraram estes achados, ao afirmar que perceberam que as mães de bebês com cardiopatia se mostraram demasiadamente vigilantes durante a interação, também pelo medo de causar algum mal ao bebê.

Nesse contexto duvidoso da natureza dos sentimentos e reações, pode-se pensar no sentimento de ambivalência, amplamente descrito na relação mãe-bebê, quando da anormalidade do bebê (Johansson & Ringsberg, 2004; Trolt, 1983, Waisbren, 1980). Esses sentimentos estão bastante presentes no primeiro encontro dos pais com seus bebês (Johansson

& Ringsberg, 2004), mas também seguem presentes ao longo do desenvolvimento da criança (Trolt, 1983, Waisbren, 1980). Especificamente, vale ressaltar a pesquisa de Trolt (1983), que estudou durante sete anos famílias de bebês com malformação, entre 0 e 30 meses de vida. O autor refere que os pais chegaram a relatar simultaneamente sentimentos de amor e ódio, orgulho e vergonha, desejo de morte e de sobrevivência, desejo de ajudar e de ignorar, desejo de estar com outros pais e desejo de evitá-los. A vivência da ambivalência costumava ser muito dolorida em termos emocionais, pois os pais não entendiam o que estava acontecendo com eles, além de experienciarem muita culpa quando percebiam os sentimentos negativos.

Schorn (2002) também salientou a ambivalência intensa presente nesse contexto de malformação. Ela diz que, em geral, ocorre uma morte imediata da mãe e do bebê idealizados. E se não morrem completamente logo, incita-se o suicídio. Ou seja, por vezes, são criados obstáculos que nem mesmo existem, mas a morte parece ser buscada. É como se a mãe se convencesse que não tem o que ser feito, que não há soluções e que aquele terror fosse findar. E mesmo que a dor fosse ser horrível, seria também enterrada, tamanho o desespero e desamparo da impotência e da estrada longa que lhes espera, de tratamentos, consultas, cirurgias e o pior, de medos, incertezas e ameaças. Coexistem, então, o desejo de cuidar e proteger com reações de dor e ódio por tudo que é preciso passar. Esse desejo de fim e de morte é o que aumenta, segundo Dias (2006), o intervalo entre o nascimento da criança e a emergência do sujeito.

O bebê pode demorar a ser visto como sujeito, reconhecido e investido como filho. É necessário primeiro que ela se sinta sua mãe, que o veja como seu filho, como sujeito do desejo, para que ele possa se apropriar imaginariamente de um corpo, que significa um palco para o desenvolvimento de sua autonomia e suas capacidades. (Birchal, 2006; Jerusalinsky, 2002). Só que para tanto, por vezes, precisamos suportar o desejo real de morte dos pais em relação a este filho, ao invés de dedicarmo-nos a observar, instigar e aceitar somente os investimentos imperativos de vida, a vida a qualquer preço não é o que sempre aparece nessas situações. Freud (1913/1969) anunciou que *“O mais terno e mais íntimo dos nossos vínculos de amor, com exceção de pouquíssimas situações, leva aderida uma partícula de hostilidade que pode incitar o desejo inconsciente de morte”*. Aceitar esse desejo, acolher e ajudar na sua compreensão é o único caminho, conforme Jerusalinsky (2002), para tirar o bebê da condição de segunda morte, vivo-morto, possibilitando que a vida do bebê vá além do orgânico e passe a ser simbólica, sustentada nas bases de desejo e demanda.

As interações iniciais, que ocorrem através dos cuidados e outras trocas entre a mãe com o bebê com malformação, se constituem em uma base para interações futuras e, por conseguinte, para a qualidade do desenvolvimento emocional da criança (Crow, 1996). De forma geral, Trolt (1983) apontou que a intensa vivência de trauma causada pela notícia de anormalidade do bebê, a dificuldade de aceitação, o processo de luto, e os sentimentos de culpa e desapontamento, devem refletir-se rápida e prejudicialmente na interação dos pais com o bebê. O contato corporal, de pele, tão importante na relação da dupla, pode ser evitado diante de uma malformação (Schorn, 2002). O ‘defeito’ não está em qualquer lugar, e sim justamente no meio pelo qual esse contato ocorre: no corpo. As mães, de acordo com Schorn, sentem-se receosas de causar algum mal ao bebê e/ou não sentem vontade de tocá-lo, de olhar para essa região responsável por tanto sofrimento. A marca orgânica pode se impor como um câncer no psiquismo da mãe, impedindo esse encontro primário e fundante.

Conforme Gordeuk (1976), os atributos essenciais para uma boa interação mãe-bebê tem a ver com a atratividade interpessoal do bebê para a mãe e vice-versa. Essa atratividade seria possível quando a mãe tem uma auto-estima suficiente para achar que pode cuidar do bebê, ou seja, que pode exercer a maternidade, e que o bebê poderá ‘gostar’ dela. Em relação ao bebê, a atratividade se tornaria eficiente, quando ele reagisse positivamente aos investimentos da mãe, respondendo com satisfação a seus cuidados. A autora chama atenção para o fato de que quando o bebê nasce com alguma anormalidade, esse processo de atratividade e conseqüente estabelecimento da interação mãe-bebê ficaria prejudicado, ou mais difícil de ser bem sucedido.

Corroborando estas idéias, o estudo de Farel, Freeman, Keenan e Huber, (1991) examinou a interação de 74 díades mãe-bebê americanas, metade das quais em situações de normalidade e as demais em situação de alto risco para o bebê, incluindo anormalidades. Os resultados revelaram que, as díades de alto risco apresentavam um padrão de interação significativamente prejudicado, com menos capacidade de expressar sensações de prazer e de desconforto, parece que ficando afetivamente mais rígidas.

A qualidade da interação mãe-bebê especialmente em casos de malformação foi também investigada por Gardner, Freeman, Black e Angelini (1996) em díades com e sem diagnóstico de anormalidade cardíaca. A interação foi filmada dois dias após o parto e novamente depois de seis meses. As crianças e as mães do grupo clínico demonstraram menos afetos positivos e engajamento na interação, além de se apresentarem mais instáveis e psicologicamente estressadas nos dois momentos observados. Os autores enfatizaram que as

mães de crianças com malformação cardíaca demonstraram pouca habilidade para se adaptar aos seus bebês, o que resultou na manutenção por seis meses de uma interação mãe-bebê prejudicada.

No meu próprio estudo (Gomes, 2003), o acompanhamento de três mulheres desde a gestação até o parto e pós-parto, em situação de malformação do bebê (i.e. mielomeningocele e gastrosquise), revelou dados muito claros. Percebeu-se, além de reações de bastante sofrimento, a presença de mecanismos de negação em relação ao problema apresentado pelo bebê, o que aparecia quando apontavam unicamente a saúde justo das partes atingidas pela malformação. Ademais, notou-se uma postura de superproteção evidente para com o bebê, chegando, em um dos casos, a uma relação mais simbiotizada e indiscriminada. Neste, isso pareceu ter acontecido devido, especialmente, ao abandono do pai que, em virtude do recebimento do diagnóstico, nunca mais apareceu para a família. A mãe colocou no bebê a responsabilidade por cuidá-la e acompanhá-la, para sempre.

Buscando compreender o quanto a relação mãe-bebê e a severidade da malformação poderiam influenciar o ajuste emocional futuro da criança, o estudo de De Maso et al. (1991) comparou o peso preditor de cada uma destas duas variáveis. Os resultados revelaram que a qualidade da relação exerceu maior peso do que a severidade da malformação. As repercussões psíquicas na criança também foram discutidas por Schorn (2002) que diz que o fato das múltiplas cirurgias ocorrerem nas etapas iniciais do desenvolvimento, quando a discriminação “eu-não eu” não está ainda bem estabelecida para o bebê, pode ter efeitos na formação da identidade. Ainda mais que tem o corpo como palco, o qual tem grande participação na constituição do *self*. Diante disso, sabe-se que bebês e crianças com malformação têm ansiedades primitivas mais intensamente persecutórias do que os demais, precisando então que a mãe se utilize de uma postura de *reverie* para filtrar essas ansiedades. Uma aceitação carinhosa ou uma atitude rechaçante funciona como fator determinante para como este bebê vai se enxergar.

Agazi et al. (2002) compartilham com essa idéia do quanto a atitude da mãe pode mitigar os efeitos traumáticos da malformação para o psiquismo da criança. Ao discutirem os conceitos de Dolto a respeito de esquema corporal, ressaltaram que a imagem inconsciente do corpo é construída com base na imagem relacional com o Outro, e é esta a determinante de como a criança vai se enxergar, e não o seu corpo em si. Ou seja, se a mãe lhe dirigir olhares, carinhos e cuidados, nomear para o bebê o que se passa, cuidar dele e investi-lo como objeto de seu desejo, este corpo poderá ser integrado na mente da criança. Esta terá mais chances de

constituir uma imagem inconsciente do corpo preservada, ainda que possua uma malformação. Estes achados sugerem que as intervenções psicológicas precoces para a dupla mãe-bebê, em situações de malformação do bebê, podem ser essenciais na prevenção de distúrbios emocionais posteriores.

Como pôde ser visto acima em casos de ocorrência de uma malformação no bebê a relação mãe-bebê fica, desde a gestação, com maior potencial de sofrer prejuízos. No período pós-natal, a malformação parece que se faz ainda mais presente potencializando dificuldades para a interação mãe-bebê, e, conseqüentemente, para o desenvolvimento psíquico do bebê. Contudo, é importante assinalar que a malformação por si só não parece suficiente para determinar precisamente as limitações ou potenciais de desenvolvimento psíquico nessas situações. A partir do exposto, ficou claro que as representações sobre a maternidade e sobre o bebê têm um papel essencial nesse prognóstico, e isto será examinado com mais detalhes a seguir.

1.3. Representações acerca da maternidade e do bebê

No presente estudo, o conceito de representação está baseado nas formulações de Stern (1997) sobre o desenvolvimento infantil e o tornar-se mãe. Ele acredita que este mundo das representações dos pais tem um papel determinante na natureza do relacionamento pais-bebê, maior do que o mundo externo real. Esse mundo representacional refere-se a como os pais experienciam e interpretam subjetivamente os eventos objetivamente disponíveis na interação com o bebê, englobando os seus comportamentos e também os comportamentos do bebê. Por isso, dele fazem parte não somente as experiências dos pais resultantes da interação atual com o bebê, mas também suas fantasias, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e expectativas para o futuro do bebê.

As representações estão baseadas, então, na experiência interativa e são construídas a partir dela. E essa experiência interativa pode ser tanto real, vivida como virtual ou imaginada (fantasiada). Ou seja, repousa sobre a experiência subjetiva de “estar-com”; não é levada de fora para dentro; forma-se do lado de dentro com base naquilo que ocorre com o *self* enquanto está com outras pessoas. Diante do nascimento de um filho, Stern aponta que a mãe passa por uma reorganização de suas representações maternas, precisando, com isso, reelaborar alguns esquemas: esquemas sobre o bebê, sobre si mesma, o companheiro, a própria mãe, o próprio pai, e a própria família de origem.

Os esquemas sobre o bebê incluem todas as possibilidades de lugares que o bebê pode ocupar: o bebê como pessoa, o bebê como seu filho, como filho de seu companheiro, como irmãos de seus outros filhos, como neto de seus pais, etc. Cada um destes bebês assume uma configuração representacional diferente na mente da mãe, a qual é construída a partir das interações vividas com ele, mesmo que mentalmente. Por exemplo, quando alguém comenta como o bebê se parece com a mãe, ali podem ser acessadas lembranças outras e se estabelece uma representação, a partir da interação.

É importante salientar que essas representações da mãe acerca do bebê se iniciam, para Stern (1997), muito antes da concepção, em toda a sua história de brincar com bonecas e fantasiar que é mãe. Outros autores, além de Stern, contribuem para este tema do bebê imaginário. Para Lebovici (1987), este bebê que, desde muito cedo existe, tanto na sua forma física como emocional, na mente da mãe denomina-se “bebê imaginário”. Pode-se dizer que na gestação, esse processo fantasioso se torna ainda mais intenso, e um bebê imaginário² bastante delineado já começa a existir em suas mentes. Para elas, o bebê já assume uma identidade específica, com gostos, preferências, características físicas e psicológicas (Piccinini et al., 2004). Assim, a representação que a mãe faz do seu bebê, durante o período gestacional, não é a de um embrião em desenvolvimento, mas de um “corpo imaginado” (bebê imaginado) já possuidor de todos os elementos necessários para compreender um corpo (Aulagnier, 1990). Esse processo de construção de uma representação mental do bebê é bastante profundo e abarca, na mãe, como dito, diversas instâncias de seu psiquismo, tanto conscientes como inconscientes, além de vivências primitivas estruturantes (Soulé, 1987). Este autor também se dedicou ao estudo destas representações que o bebê assume na mente materna, desde antes de seu nascimento. Para ele, são representações de níveis pré-edípicos, edípicos e relacionadas sempre e primordialmente, às primeiras relações objetivas vivenciadas pela mãe. O filho da cabeça e o filho imaginário - termos utilizados pelo autor - é um bebê com componentes pré-genitais, edípicos e, portanto incestuosos, além de onipotentes e de completude narcísica. A imagem do bebê esperado é composta das representações que a mãe tem de si e das representações de seus objetos primários (Gordeuk, 1976). Essa imagem que nada mais é do que a representação que ela tem do seu bebê é processual, e tende a perdurar quase que infinitamente na mente da mãe.

² Para fins deste estudo, os termos bebê imaginário e bebê imaginado, equivalem em sentido, significando o bebê do desejo dos pais.

Examinando a literatura, percebe-se que esta estruturação do bebê na mente da mãe é importante, por diversos motivos. O primeiro deles tem a ver com a necessidade de constituição de um espaço psíquico para o bebê. Sabe-se que a relação da mãe com o bebê, no primeiro trimestre de gravidez, é marcada pela sensação do bebê ser uma parte dela, não reconhecida como independente e autônoma (Raphael-Leff, 1997). No segundo e terceiro trimestres, com as transformações físicas, percepção dos movimentos fetais e realização do exame ecográfico, essa sensação, apesar de amenizada, não finda (Gomes, 2003; Gomes & Piccinini, 2005; Szejer & Stewart, 1997). As vivências de fusão e de extensão da mãe-bebê tendem, em alguma medida, a se manter. Assim, essas fantasias, tanto do bebê imaginário como do fantasiado, em voltas a construir uma imagem própria do bebê antes de seu nascimento, são essenciais na preparação de um espaço psíquico para recebê-lo; ele precisa existir por ele (Caron, 2000; Stern, 1997) e não puramente como um representante de objetos e desejos maternos.

O segundo motivo para a importância desta personificação do bebê na mente da mãe, está associado à necessidade de que ela tolere este bebê dentro de si, e que suporte, na hora do nascimento, o encontro com alguém que nunca viu. Para tanto, ela precisa torná-lo menos estranho e mais familiar, atribuindo-lhe características, escolhendo nome e objetos para ele (Brazelton & Cramer, 1992). Cramer e Palácio-Espasa (1993) chamam atenção que, por vezes, é menos ameaçador para o psiquismo materno que o bebê represente características conhecidas de outros objetos, mesmo não satisfatórias, do que seja completamente estranho. Uma identificação projetiva e até delirante, por vezes, é necessária na tentativa de identificar este ser.

Um terceiro motivo para que a mãe construa essa imagem mental do bebê estaria ligado à necessidade de tornar o bebê mais conhecido e imaginável psiquicamente, o que seria também essencial para o início de uma relação. O “corpo imaginado” proposto por Aulagnier (1990) é o produto da descarga da libido materna, e é um investimento psíquico vital para fundar o bebê na mente da mãe. Brazelton e Cramer (1992) sugerem que este processo de personificação é o que possibilita o “apego primordial”. O investimento afetivo de um adulto em um recém-nascido é quase essencial à sua sobrevivência, e caso a sobrevivência aconteça sem essa libidinização, a vida psíquica do bebê terá sérios riscos (Spitz, 1979).

Voltando às idéias de Stern (1997), esse processo de representar o bebê na mente materna não ocorre concomitantemente ao seu desenvolvimento intra-útero. Estas são intensificadas por volta do quarto mês de gestação e atingem o seu ápice aproximadamente no

sétimo mês. O autor aponta a importância da ecografia e da percepção dos movimentos fetais nessa construção. No final da gestação, tende a ocorrer um declínio nas representações maternas, a fim de instaurar um espaço maior para o bebê real, protegendo, dessa forma, a mãe e a sua relação com o bebê. Com o nascimento, Stern refere uma reconstrução das representações na mente da mãe, que agora conta ainda com mais dados objetivos do bebê.

Dentre os aspectos presentes nos esquemas sobre si mesma, Stern (1997) relata as intensas reformulações que acontecem na vida da mulher, em diversos âmbitos. Para ele, essas atingem o *status* legal e a identidade básica da mãe, em termos das representações do *self* como mulher, mãe, esposa, profissional, amiga, filha e neta. Aqui também se atualizam seus anseios em reparar lembranças difíceis da infância, dando-lhes a chance de solucionar ou não conflitos passados. E o bebê é ativo nessas mudanças, na medida em que interfere no ambiente através de seu temperamento e suas características físicas. Para esse esquema, Stern considera a possibilidade de se instaurar, dependendo das vivências, um profundo sentimento de perda, o qual pode incitar um quadro de depressão após o parto.

O terceiro esquema relaciona-se ao companheiro. Aqui estão previstas as representações que envolvem o bebê em uma função conjugal, como unir o casal ou ameaçar sua sobrevivência. Além disso, o autor sublinha, quando se trata de primeiro filho, a mudança de díade para tríade, o que se pode estender, mesmo quando se trata do segundo e terceiro filho, pois sempre há uma modificação na configuração familiar e conjugal. São novas exigências de espaço, tempo, de ordem financeira, às quais o casal precisa se adaptar.

O esquema sobre a própria mãe contempla reavaliações conscientes e inconscientes sobre a vivência com ela, passada e atual. Em geral, surgem novas redes de esquemas ou redes mais elaboradas, de tanto que essas experiências são acessadas. Essas incluem sua mãe como mãe quando ela era criança, como esposa, mulher e como avó do bebê. Stern (1997) acredita que essas representações influenciam imensamente como ela será como mãe para o seu bebê, e estão baseadas na narrativa sobre a história passada e sobre a história passada em si. As representações da mãe a respeito do seu relacionamento com o próprio pai também são reavaliadas, ainda que, costumeiramente, com menos intensidade do que aquelas com a mãe (Stern, 1997). Essas podem envolver o lugar central no modelo de pai que a mãe quer ou não para o seu bebê. Por fim, Stern (1997) chama atenção que os esquemas sobre a própria família também podem influenciar a maneira como a mãe enxerga e lida com o bebê. Essa influência pode ser oriunda de missões, segredos, e mitos familiares que, em muitas famílias, são verdadeiros pilares de estruturação.

Toda essa reorganização de esquemas vivenciada pela mãe após o nascimento do bebê é denominada por Stern (1997) de “constelação da maternidade”. Para ele, esta constelação refere-se a uma nova organização psíquica que determinará uma série de ações, medos, fantasias e desejos da mãe, tornando-se o eixo dominante da vida psíquica da mulher. O autor refere que a constelação da maternidade corresponde a três preocupações e discursos, que embora distintos, estão relacionados entre si: o discurso da mãe com a própria mãe, o discurso consigo mesma e o discurso com o bebê. A reelaboração mental em torno dessa trilogia da maternidade faz surgir quatro temas: o tema *vida e crescimento*; o tema *relacionar-se primário*; o tema *matriz de apoio*; e o tema *reorganização da identidade*.

O primeiro tema, o de *vida e crescimento* envolve a questão da mãe se sentir capaz de manter o bebê vivo depois do nascimento, propiciar a continuidade de seu desenvolvimento e crescimento físico. Esse tema costuma gerar uma série de medos e angústias para as mães, de doença, de limitações, de morte, etc, como se essas intercorrências fossem evidenciar que elas não são boas mães. O autor diz que essas são as variações pós-nascimento dos medos normais da gestação de que o bebê nasça com malformações ou que morra no parto. Segundo Stern, esse tema de vida tem a ver com a sobrevivência da espécie e é único no ciclo vital, ou seja, provavelmente, em nenhum outro momento foi ou será enfrentado dessa maneira pela mãe.

O tema do *relacionar-se primário* refere-se à capacidade de amor materno e do reconhecimento do bebê como seu filho. É o envolvimento sócio-emocional da mãe com o bebê que pressupõe que ela possa ‘compreendê-lo’ mesmo no aspecto não verbal. Essa sintonia inclui o estabelecimento de uma relação de confiança e afeição, importantes pilares no desenvolvimento psíquico que a mãe quer para o bebê. A preocupação com esse desenvolvimento resulta inevitavelmente de qualquer sentimento de fracasso nessa tarefa.

O terceiro tema, da *matriz de apoio* corresponde à necessidade da mãe criar e permitir uma rede apoio protetora para que ela possa cumprir com sucesso as duas primeiras tarefas, de manter seu bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico. Devido à carga de demandas que um bebê exige, é inevitável chegar a este tema. A mãe precisa receber da *matriz de apoio*, o que o bebê precisa receber dela, condições que lhe assegurem seu bem-estar físico e psicológico. A mãe costuma procurar e contar com o marido, algo mais recente nas mais atuais formas de configuração familiar, que incluem o homem nos cuidados com os filhos, e especialmente com as figuras maternas da sua vida. Este tema inclui também os possíveis medos da mãe em perder o amor do bebê para essa *matriz de apoio*.

O quarto e último tema, o da *reorganização da identidade*, diz respeito à necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade, deixando uma postura de só filha, independente, só esposa, para assumir uma postura de mãe, com responsabilidades, sem tanta autonomia. Para tanto, como já foi dito quando se falou das representações, ela vai reviver todos os seus modelos de identificações primárias. A menos que esta tarefa esteja bem assentada, as três anteriores estarão comprometidas.

Diante do exposto acima, a respeito das representações, vivências, conflitos e exigências, inconscientes e conscientes, pelos quais passa a mulher no processo de maternidade, é possível dimensionar a complexidade dessa experiência em situações normais. Passa-se, a seguir, a examinar como se organiza a maternidade num contexto de malformação do bebê.

Stern (1997) não se dedicou especificamente à questão da malformação, embora tenha registrado algumas idéias que nos fazem supor como podem ficar as representações maternas nesta situação. Como já foi dito, o autor coloca que as representações pressupõem uma experiência subjetiva de estar com o bebê, o que pode ser mental ou real. Isso remete à possibilidade de imaginar, significar e esperar o bebê. Diante de uma malformação, Stern salienta que os pais não podem planejar e elaborar um curso de desenvolvimento para seu filho; eles são impedidos, por uma realidade médica, de ter uma idéia mais concreta sobre o seu futuro. Mais tarde, Stern (1999) acrescentou que, nesse contexto, a mãe está privada de ampla parte do processo imaginativo, e isso é um dos maiores choques possíveis na maternidade.

Na verdade, o desenvolvimento de todos os bebês, por mais saudável que seja, é incerto. Mas nesses casos de malformação ou de considerável prematuridade, Stern (1997) diz que existe uma impossibilidade de construir uma estrutura representacional futura, o que coloca a mãe e o pai num “vácuo representacional”. Diz ele: “*Quando nós não podemos imaginar o futuro, não podemos avaliar o presente. Um dos pilares de todo o empreendimento da representação foi retirado*” (p. 42). Ele acredita que, se os pais não forem ajudados a olhar para este vácuo representacional, corre-se sério risco da ocorrência de um fracasso na ontogênese da representação dos pais sobre a criança presente e futura, além de um correspondente fracasso na representação da criança de si mesma.

Além disso, podemos pensar que os temas da constelação da maternidade podem ficar bastante alterados na vivência de um filho com malformação. O primeiro deles, que trata do tema *vida e crescimento*, isto é, da tarefa de manter o filho vivo e seguindo um sadio

desenvolvimento é completamente abalada por uma situação, na qual o futuro é completamente incerto. O segundo, o do *relacionar-se primário*, que se trata de reconhecer o bebê como seu e se entregar às suas necessidades, tende a ser uma tarefa difícil de ser cumprida quando o bebê tem uma malformação. Como já foi visto, as mães tardam em reconhecer este filho como seu na medida em que não o enxergam como gostariam. O investimento afetivo também pode ficar suspenso pelo medo da perda, o que provavelmente prejudique a postura de entrega e sintonia necessárias nessa tarefa. Já o tema da *matriz de apoio* faz-se diferente, pois nesses casos, as mães precisam de ainda mais apoio do que numa situação normal e, além disso, costumam, em contrapartida, isolar-se mais pela vergonha de não ter correspondido às expectativas externas. Por último, o tema da *reorganização da identidade* também deve sofrer influências da situação de malformação, na medida em que a mãe fica muito mais abalada emocionalmente e não se sentindo valorizada em sua feminilidade por ter gestado um bebê ‘imperfeito’.

Nesta situação, intervenções psicológicas freqüentemente se fazem necessárias, pois auxiliam os pais e, particularmente, a mãe a exercer com mais qualidade seu papel de mãe, fornecendo, desta maneira, bases mais seguras para um bom desenvolvimento psíquico do bebê.

1.4. Intervenções psicológicas no contexto de anormalidade do bebê³

As intervenções no contexto de anormalidade do bebê podem ser propostas desde o pré-natal, nas situações em que os casais tomam conhecimento do diagnóstico de anormalidade antes do nascimento do bebê e têm acesso a este apoio. Ou, após o nascimento, nos casos em que os pais só tomaram conhecimento da anormalidade no momento do parto, ou quando somente nessa hora conseguiram acesso a alguma modalidade de atendimento.

Em relação ao momento da intervenção, vale enfatizar o que é o mais indicado. A literatura defende que as intervenções possam iniciar o mais cedo possível, especialmente para prevenir prováveis prejuízos psíquicos para os pais, para os bebês e para a relação entre eles. Assim, é importante ajudar os pais a reduzir o impacto emocional do diagnóstico e da realidade, a identificar e compreender seus sentimentos, a acessar os recursos internos e

³ Esta seção foi baseada no artigo “*Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura*”, de autoria de Luiz Carlos Prado, Aline Grill Gomes, Milena da Rosa Silva, Giana Bitencourt Frizzo, Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya, Daniela Delias de Souza Schwengber, Rita Sobreira Lopes e Cesar Augusto Piccinini, que foi submetido à publicação.

externos disponíveis (Tradup, 1990), além de auxiliar com as dificuldades iniciais como amamentação e estabelecimento do contato com o bebê (Johanson & Ringsberg, 2004). Waisbren (1980) salienta que é necessário intervir antes que os pais cheguem a um estado tal de exaustão e desilusão, que venha a se cronificar.

Sobre as intervenções, a literatura apresenta, então, programas destinados a atender os pais na gestação, em psicoterapia individual, de apoio ou sistemática, em modelo de grupos, formados de acordo com a vivência de situações semelhantes (Atem, 2003) e até em atendimentos mistos, isto é, parte no hospital e parte na residência da gestante (Caron & Maltz, 1994). E para o momento logo após o nascimento, são oferecidas intervenções de aconselhamento familiar (Pelchat et al., 1999; Pelchat & Lefevre, 2004), além de psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997). Já para crianças a partir de dois anos até a idade escolar, as intervenções variam desde abordagens mais educacionais e informativas sobre a patologia, e sugestões para como lidar e se comportar com a situação (Melnik et al., 2004; Singer, Irvin & Hawkins, 1988) até psicoterapia individual para a criança ou adulto (Grzesiak & Hicok, 1994).

A psicoterapia pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993) - que foi utilizada no presente estudo - tem como principal característica, estar voltada mais para a relação do que para o indivíduo. A “entidade” examinada nessas psicoterapias refere-se a um sistema complexo, no qual convergem as seguintes tramas: os funcionamentos particulares do pai e da mãe; as contribuições do bebê; o relacionamento desses sistemas em uma psicoterapia; e as contribuições do terapeuta.

A primeira abordagem psicoterápica pais-bebê foi proposta por Fraiberg nos anos setenta, a qual enfatizou a presença do bebê na psicoterapia pela sua força catalisadora (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Essa autora desenvolveu um trabalho a partir do Programa de Saúde Mental para o bebê, em Michigan, que objetivava atender famílias cujos bebês apresentavam sinais precoces de carência afetiva, sintomas graves ou lacunas do desenvolvimento (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975/1994). O método de atendimento foi sendo desenvolvido paralelamente aos atendimentos e de acordo com as demandas específicas de cada caso. Por exemplo, diante da resistência de uma das famílias em comparecer ao centro de atendimento, foi proposta uma psicoterapia domiciliar. Utilizando sempre a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento e o trabalho social, uma equipe de terapeutas propunha às famílias identificar, resgatar e vivenciar, no tratamento, os fantasmas do passado que estariam

atuando no presente da criança. Desta forma, Fraiberg introduziu a dimensão transgeracional nas psicopatologias relacionais precoces.

Assim como Fraiberg, Lebovici (1987) também enfatizou os aspectos transgeracionais, além de estimular o estudo das interações do ponto de vista psicanalítico. Lebovici chamou a atenção dos psicanalistas para a importância do papel interacional na constituição psíquica precoce, e da dialética entre intrapsíquico e interpessoal, estimulando o estudo das interações. Desenvolveu as chamadas consultas terapêuticas, as quais compreendiam a observação da interação entre mãe, bebê e, quando necessário, outros membros da família, permitindo a evocação das fantasias dos pais projetadas sobre o bebê. O terapeuta ajudaria os pais a compreender as motivações conscientes e inconscientes dos seus comportamentos relacionados ao bebê.

A partir destes precursores, outras formas de intervenção pais-bebê foram propostas. Stern (1997) sistematizou alguns destes modelos de intervenção, tais como: o uso de escalas para a avaliação do desenvolvimento do bebê, a observação da interação mãe-bebê e as psicoterapias pais-bebê. Para fins deste estudo, serão examinadas somente estas últimas: as psicoterapias pais-bebê propriamente ditas. De acordo com Stern, algumas destas técnicas têm como objetivo modificar as representações dos pais em relação ao bebê, enquanto outras objetivam mudar os comportamentos interativos pais-bebê.

Em relação às abordagens que visam alterar as representações dos pais, uma das autoras citadas por Stern foi Dolto. Dolto (2002) propôs uma forma de psicoterapia que visava alterá-las através das representações do bebê, conforme imaginadas pela terapeuta. Sua abordagem caracterizava-se pela utilização de interpretações verbais diretas para o bebê, que seria capaz de compreendê-las quando bem colocadas. Ao ouvi-las, a mãe modificaria seu comportamento manifesto com o bebê e, portanto, o comportamento deste. Dolto defendia que o ser humano é, acima de tudo, um ser de linguagem. A palavra tem primazia e, mesmo quando uma comunicação é expressa através do corpo, esta tem um 'sentido linguagem'. Assim, a autora insiste na necessidade de falar ao bebê ou à criança, da palavra ser expressamente dita, e desta carregar uma verdade, por mais dura que seja. Para ela, só uma linguagem expressa e verdadeira abre a possibilidade para uma constituição psíquica sólida.

De acordo com Stern (1997), além dele mesmo, outros autores além de Dolto acreditaram que as representações dos pais deveriam ser modificadas pela psicoterapia pais-bebê (ex. Lieberman & Pawl, 1993, Cramer & Palacio-Espasa, 1993). A psicoterapia bebê-pais, conforme proposta por Lieberman e Pawl (1993), foi inspirada principalmente nos

trabalhos da psicanalista Fraiberg. Nesta abordagem, o relacionamento pais-bebê é considerado o ‘paciente’, e não somente os pais com seus mundos representacionais. Além disso, a qualidade da relação terapeuta-pais é vista como sendo o principal fator para o processo de mudança na relação pais-bebê, já que a experiência da relação com o terapeuta é entendida como uma possibilidade de apego corretivo.

A psicoterapia breve mãe-bebê, realizada por Cramer e Palacio-Espasa (1993), poderia, de acordo com os autores, trazer uma melhora significativa aos sintomas no bebê, nos comportamentos interativos e nas representações acerca da parentalidade. Esse tratamento ocorre em três níveis: 1) determinação da natureza do sintoma e do confronto da mãe com o seu próprio conflito e a respeito do problema que é transferido ao bebê; 2) estabelecimento de uma conexão entre as falhas interacionais observadas durante a sessão e a correspondência mental do conflito na mãe; 3) estabelecimento de ligações entre o conflito presente da díade com os conflitos do passado da mãe. Para tanto, os autores consideraram fundamental o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica, da empatia e de uma transferência positiva.

Um outro aspecto referente à técnica da psicoterapia mãe-bebê proposta por Cramer e Palacio-Espasa (1993) refere-se à atenção do terapeuta. Para os autores, esta deve ser igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou tríade pai-mãe-bebê e a escuta dos pais. O clínico irá privilegiar a observação da natureza das solicitações recíprocas e as reações a elas, através de modalidades interativas, tais como: vocalizações, troca de olhares, toques e gestos. A partir dessas interações, o terapeuta poderá tecer interpretações para os pais a respeito de suas defesas intrapsíquicas. Isso ocorre quando há uma coincidência entre um enunciado de uma fantasia conflitiva e a atualização da defesa relacionada a este conflito através de uma evitação, proibição, ruptura de contato, ou seja: um sintoma interativo observado, o que os autores chamaram de “seqüência interativa sintomática” (SIS). Esta seqüência é o equivalente interagido (e interpessoal) de um conflito intrapsíquico.

De forma geral, o número de sessões da psicoterapia breve pais-bebê varia entre quatro e doze, com uma média de seis sessões, uma vez por semana, as quais têm aproximadamente sessenta minutos de duração (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). O *setting* deve favorecer simultaneamente a capacidade de associação dos pais e a troca mais livre possível entre pais e filho, sendo que, algumas vezes, o terapeuta poderá brincar com a criança. De acordo com os autores, alterações no comportamento manifesto e nas representações dos pais podem ser

observadas já no decorrer da segunda ou terceira sessão. Quando isso ocorre, observa-se, ao mesmo tempo, uma alteração nos investimentos dos pais sobre o filho e, conseqüentemente, na interação pais-bebê. Sendo assim, o objetivo da psicoterapia não é o de alterar todo o funcionamento psíquico dos pais, mas apenas um setor de investimento circunscrito à relação com o bebê, o que, para os autores, justifica a brevidade desta técnica. Esta brevidade do tratamento é possível em decorrência de vários fatores presentes nos primeiros meses de vida do bebê, tais como: a velocidade das modificações subjetivas, interativas e sintomáticas; a mobilização psíquica da mãe, ou seja, sua capacidade de estabelecer vínculos, *insight*, mobilização dos afetos; e, finalmente, a neoformação psíquica característica do pós-parto.

Conforme os diversos autores, a mãe, em geral, é quem apresenta mais angústia, depressão e preocupações obsessivas neste período, o que explica porque é ela quem, na maioria das vezes, solicita a consulta. Contudo, quando o pai está presente, o tratamento deve se dirigir à tríade e, além desses, outros familiares podem ser convidados a participar das sessões, caso haja necessidade. Nesse sentido, é que a abordagem de Cramer e Palácio-Espasa aproxima-se da abordagem familiar sistêmica (Prado, 1996a). Para Prado, o enfoque sistêmico busca, sempre que houver possibilidade, observar a história familiar e intervir sobre ela, colocando os familiares para interagirem a fim de reviverem juntos alguns pontos importantes de suas próprias histórias que possam lançar luz sobre o presente e ajudem a transformá-lo.

Na prática, parecem existir muitas semelhanças nas abordagens de terapeutas psicodinâmicos e sistêmicos. O conceito de seqüências interativas sintomáticas (SIS) proposto por Cramer e Palácio-Espasa (1993) – sintoma atuado a dois, no qual se entrelaçam contribuições intrapsíquicas e interpessoais na relação, observável no aqui-agora da sessão – assemelha-se muito ao conceito de “função relacional do sintoma” da abordagem sistêmica, pois o sintoma é entendido como uma metáfora da disfunção familiar (Prado, 1996b). Assim, para este autor:

“Em ambas concepções, existe o entendimento de que as interações presentes contêm, sempre, as vivências passadas, que se expressam através de modelos ou padrões de funcionamento que cada indivíduo traz consigo desde sua infância e, que, em geral, são padrões de interação que se mantêm até o presente entre os pais e os avós” (p.107).

Stern (1997) corrobora esse ponto de vista, afirmando que, tanto a abordagem de Cramer e Palácio-Espasa, quanto a familiar-sistêmica agem direta ou indiretamente para reconectar o mundo representacional da mãe e do bebê.

Em relação à indicação terapêutica, os pacientes devem ser capazes de articular um problema específico, usualmente derivado de uma experiência interpessoal anterior. Devem ter

motivação para mudança em seus padrões interpessoais e capacidade e desejo de se envolver no processo terapêutico (suficiente adaptação do ego) e ter bem delineado ao menos um relacionamento positivo na infância. Nesse sentido, é importante avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais dos pacientes (Trad, 1997). Existem algumas contra-indicações para esta modalidade de psicoterapia, como os casos de pacientes psicóticos, graves transtornos de personalidade, intensa ansiedade de separação, regressão psicótica, tentativas de suicídio, quadros depressivos de vertente melancólica, assim como quadros psicossomáticos (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Trad, 1997).

Ao analisar profundamente os fatores de mudança nas terapias breves mãe-bebê, Cramer e Palácio-Espasa (1993) consideraram que, ao mudarem os investimentos e representações que têm do filho, os pais acabam por reduzir as projeções sobre a criança. São instituídos processos curativos em diferentes níveis: o das modificações das interações, que correspondem à redução das projeções, o das modificações das representações maternas sobre o filho, em particular pela descontaminação de elementos parasitas vindos do mundo interno e do passado da mãe, e o das modificações dos investimentos sobre o filho, sejam estes libidinais, agressivos ou narcisistas. Esse objetivo parece vir ao encontro das situações de anormalidades do bebê, uma vez que as representações maternas sobre o filho precisam ser mais amplamente modificadas e adaptadas a uma nova realidade.

A importância da intervenção precoce para a prevenção de distúrbios psicológicos posteriores em crianças de alto risco tem sido destacada no estudo de Pinto (2000), com bebês prematuros brasileiros. Estes programas, segundo ela, devem iniciar o mais cedo possível, contar com processos de avaliação, orientação e psicoterapia para sua ação além de focar o vínculo familiar, especialmente a figura materna. A autora apresenta o modelo de psicoterapia breve pais-bebê ou mãe-bebê como uma intervenção clínica bastante indicada para situações de alto risco, uma vez que objetiva reduzir as projeções e modificar as representações patológicas que os pais têm sobre as crianças, promovendo uma melhor qualidade da interação pais-bebê/mãe-bebê. Em um artigo mais recente (Pinto, 2004), salientou novamente esta indicação, acrescentando que essas famílias deveriam ser acompanhadas ao longo do primeiro ano de vida. Caron (2000) também salientou que, em casos especiais, nos quais os pais estão feridos narcisicamente ante a situações de difícil elaboração, o contexto da intervenção deve flexibilizar-se de acordo com a necessidade percebida pelo terapeuta e uma postura de respeito e compreensão são indispensáveis.

Stern (1999) destacou que os pais de bebês com malformação necessitam ser atendidos para superar o momento inicial de crise, e depois, reajustarem-se interna e externamente às necessidades impostas pela condição. O terapeuta, para ele, precisa ajudar os pais a entrarem em contato com seu bebê, conhecendo seus limites e potenciais, além de integrar todas as informações médicas envolvidas, do contrário, esta fragmentação atinge o psiquismo deles, não permitindo um vínculo de mais qualidade com o bebê.

O terapeuta deve servir de terceiro e desempenhar uma função materna de empatia e identificação, contendo as angústias e limitando a desorganização psíquica da mãe (Rajon, Rosé & Abadie, 1997). Na relação mãe-bebê, a mãe funcionaria de “para-excitação” para o bebê enquanto ele não apresenta ainda tal capacidade psíquica. Em situações de malformação, este papel materno de “para-excitação” pode ficar prejudicado e o profissional poderá intervir nesta dificuldade, apoiando a mãe e sustentando uma posição parental que se tornou deficiente pelo trauma. Ele coloca-se assim também a serviço do bebê. Battikha (2001) salienta que diante de um diagnóstico desta natureza, a mãe se vê invadida por muitas perguntas e incompreensões e, cabe ao terapeuta, poder nomear parte destas experiências e representar, mesmo que parcialmente, o irrepresentável.

Embora a psicoterapia breve pais bebê venha sendo utilizada largamente em vários contextos, como o da depressão materna (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Cramer, 1997; Cramer et al., 1990), acredita-se que ela possa também servir adequadamente para o contexto de malformação. O terapeuta servindo de figura continente para as angústias e para a carga agressiva, que provavelmente decorre de uma situação de malformação, auxiliará a abrir um espaço para rever as representações mentais maternas até então construídas. Assim, a psicoterapia poderá, como em outros contextos, permitir a redução de algumas distorções nas representações mentais que a mãe fez a respeito de si mesma, do bebê, e da relação mãe-bebê.

Justificativa e objetivo do estudo

A revisão da literatura mostra o impacto emocional negativo do diagnóstico de malformação do bebê no psiquismo da mãe, na interação dela com o bebê e, por conseguinte, no desenvolvimento do bebê. As representações maternas a respeito do bebê tendem a ficar associadas a um bebê vulnerável que acaba sendo superprotegido, ou de um bebê imperfeito que, ao denunciar o insulto ao narcisismo da mãe, acaba rejeitado. Neste contexto, fica evidenciada a necessidade de se oferecer o mais cedo possível uma intervenção psicológica para os pais e o bebê.

Alguns estudos têm sugerido modelos de intervenção pais-bebê para estas situações. Porém muitas destas intervenções começam tardiamente e, algumas delas priorizam mais o aconselhamento e esclarecimento de informações sobre as patologias, ao invés de trabalharem em psicoterapia as representações e significados dos pais sobre as mesmas. Por outro lado, alguns estudos apesar de apresentarem modelos mais completos de intervenção, como os aconselhamentos familiares, não enfocam as questões mais profundas ligadas às representações mentais maternas.

Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar o impacto da psicoterapia breve pais-bebê para as representações maternas a respeito de si mesma, sobre o bebê e sobre a relação mãe-bebê, quando o bebê apresenta uma malformação. A expectativa inicial era de que a psicoterapia pais-bebê contribuísse para reduzir possíveis distorções nas representações maternas a respeito de si mesma, sobre o bebê e sobre a relação mãe-bebê. Isto ocorreria, em particular, pela descontaminação de elementos projetivos vindos do mundo interno e do passado da mãe e, por conseguinte, das modificações dos investimentos sobre o filho, fossem estes libidinais, agressivos ou narcisistas. Através deste processo de aproximar as representações maternas da realidade, os potenciais da mãe e do bebê seriam mais bem identificados e aproveitados.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Participantes

Participaram deste estudo uma mãe denominada aqui de Camilla⁴, que tinha 22 anos, e o seu bebê João Otávio, conhecido como Jota, de 11 meses⁵. Este apresentava uma malformação cardíaca grave, mas compatível com a vida. O pai Jorge, 49 anos, foi convidado a participar da psicoterapia, mas sua presença não foi possível por razões profissionais, apesar de ter comparecido a duas sessões. A avó materna Carmem e os quatro outros irmãos de Jota, denominados Ítalo, Matias, Luísa, e Ana Paula, também participaram de algumas sessões, e seus relatos foram apresentados e discutidos quando, de alguma forma, interferiram para as representações maternas.

A malformação de Jota não estava relacionada a quaisquer alterações cromossômicas (i.e., síndromes), nem tampouco a algum comprometimento mental. O diagnóstico foi feito no final da gestação, e a mãe não recebeu nenhum atendimento psicológico. A gravidez foi gemelar, bivitelínica, e a irmã Ana Paula não apresentou nenhuma malformação. O período gestacional e o parto transcorreram sem maiores intercorrências, com exceção do diagnóstico de malformação fetal. O casal vivia junto há três anos, constituindo um relacionamento estável, e apresentava um nível socioeconômico baixo. O contato inicial foi feito através da divulgação em jornal, que divulgou um programa de atendimento em psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação.

A respeito da condição médica de Jota, é importante esclarecer algumas informações específicas. O diagnóstico era de Cardiopatia Congênita Complexa, constituída por átrio

⁴ Os nomes foram alterados a fim de preservar a identidade dos participantes.

⁵ Este caso foi escolhido entre três casos com malformação atendidos em psicoterapia breve pais-bebê, pela autora desta tese. Este caso, que apresentava cardiopatia congênita, e um segundo caso, com fissura lábio-palatal, foram atendidos durante vários meses, enquanto o terceiro caso, também com fissura lábio-palatal, concluiu somente a avaliação inicial e não pode continuar o tratamento por mudança de cidade, em razão de doença na família. Inicialmente se pretendia, na presente tese, relatar os dois casos que foram atendidos na íntegra, mas em função da extensão das análises propostas e por motivos de tempo, optou-se por apresentar aqui apenas o caso de malformação cardíaca, por ter sido o primeiro concluído. Além destes casos a autora atendeu através da técnica de psicoterapia breve pais bebê, outros dois casos de mães que apresentavam depressão materna, como integrante do projeto “*O impacto da psicoterapia breve pais-bebê para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê - PSICDEMA* (Piccinini, C., Prado, L., Lopes, R., Schwengber, D., Alfaya, C., Frizzo, G., Gomes, A., Mayor, I., & Silva, M., 2003)”, do qual o presente estudo derivou. Estes casos fazem parte do banco de dados do referido projeto e ainda não foram analisados.

único, dupla via de saída do ventrículo direito (VD), com hipoplasia de válvula pulmonar, canal arterial patente e anomalia do retorno venoso.

Conforme Behrman (2004), as cardiopatias afetam entre 0,5 e 0,8% dos bebês nascidos vivos. Com os avanços da medicina nos últimos 20 anos, tanto no aspecto conservador como cirúrgico, a estimativa e a qualidade de vida melhorou bastante neste contexto. Porém, ainda assim as cardiopatias permanecem sendo as primeiras causas de morte em crianças com malformações congênitas. A causa da maioria das cardiopatias é desconhecida, e tende a ser multifatorial, resultando da combinação entre predisposição genética e estímulos ambientais. Uma pequena porcentagem delas está relacionada às anormalidades cromossômicas.

Dentre as possíveis classificações das cardiopatias, Behrman (2004) refere a 1) cardiopatia acianótica e 2) cardiopatia cianótica, que embora simplista, ainda lhe parece conveniente. Nas cardiopatias congênitas cianóticas ocorre uma mistura de sangue arterial e venoso, decorrente das malformações anatômicas que impedem a adequada oxigenação sanguínea em nível pulmonar. Este último tipo, no qual Jota se encaixa, confere à pessoa uma coloração azulada da pele que pode ser generalizada (cianose central, geralmente perilabial) ou nas extremidades (cianose periférica) de acordo com a gravidade da deficiência de oxigênio no sangue (hipoxemia). Devido à baixa oferta de oxigênio para os tecidos, ocorre hipoxemia tecidual e insuficiência respiratória, acarretando lesão celular em todos os tecidos.

De uma forma geral, as múltiplas malformações do coração de Jota acarretavam uma insuficiência respiratória importante, com cianose central, com conseqüente restrição de crescimento e inibições motoras.

2.2. Delineamento e procedimento

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único (Stake, 1994), de caráter longitudinal, buscando investigar o impacto da psicoterapia breve pais-bebê para as representações maternas a respeito de si mesma, sobre o bebê, e sobre a relação mãe-bebê, quando o bebê apresenta uma malformação. Esse impacto foi avaliado mais especificamente a partir dos quatro temas da constelação da maternidade propostos por Stern (1997): (1) *vida e crescimento*; (2) *relacionar-se primário*; (3) *matriz de apoio*; (4) *reorganização da identidade*.

O estudo envolveu três fases de coleta de dados conforme planejadas no projeto *PSICDEMA*. Na Fase I, o primeiro encontro, marcado por telefone através do anúncio em

jornal, já aconteceu no LOPI (Laboratório de Observação de Processo Interativos)⁶ do Instituto de Psicologia da UFRGS, e foi realizado pela pesquisadora. Nesse momento, a mãe (Camilla) foi informada sobre os objetivos do estudo e os procedimentos de avaliação para a participação da psicoterapia pais-bebê. Uma vez aceita a participação, a mãe assinou o **Consentimento Livre e Esclarecido** (GIDEP/NUDIF, 2003a) e foi preenchida a **Ficha de Contato Inicial** (GIDEP/NUDIF, 1998) e, depois, propus que ela me contasse como vinha se sentindo e quais as razões que a levaram buscar o tratamento. Ao longo de mais cinco encontros de avaliação inicial, foram aplicados a **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** (Sheehan et al., 1998), e o **Inventário Beck de Depressão (BDI)** (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) para examinar seus aspectos emocionais. Além disso, esses foram também averiguados mais qualitativamente através de uma **Entrevista Diagnóstica** (GIDEP/NUDIF, 2004). Foram realizadas, ainda, a **Entrevista sobre Gestação e Parto** (GIDEP/NUDIF, 2003b), a **Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê** (GIDEP/NUDIF, 2003c) e a **Entrevista sobre a Experiência da Maternidade**⁷ (GIDEP/NUDIF, 2003d).

Tanto os instrumentos de avaliação dos aspectos emocionais, como as entrevistas serviram, nesta primeira fase, para comunicar dados importantes à terapeuta, a respeito do estado emocional da mãe, se o caso era compatível ou não com a indicação de psicoterapia breve pais-bebê, além de dados sobre a história do bebê para aquela família, e sobre a história da mãe, o que auxiliou para o processo psicoterápico.

Na Fase II do estudo, foi oferecida a Psicoterapia Breve Pais-Bebê, de forma gratuita, e com uma ajuda de custos para o transporte, uma vez que a família morava na região metropolitana de Porto Alegre e não dispunha de recursos para o deslocamento. A família foi atendida em psicoterapia pela autora desta tese⁸. O tratamento psicoterápico teve uma duração de 17 sessões, além de cinco encontros de avaliação inicial e um encontro de avaliação pós-psicoterapia. Este atendimento estendeu um pouco mais a técnica proposta por Cramer & Palacio-Espasa (1993), que referiram no máximo 12 sessões, devido à complexidade do contexto da malformação, que envolveu durante o próprio atendimento, hospitalização, cirurgia e outras intercorrências, sem falar dos cuidados que o quadro clínico impunha.

⁶ Trata-se de uma sala de espelhos para observação de interações familiares, equipada com câmara de filmagem, e adequada para atendimento psicoterápico com adultos e bebês, com brinquedos e colchonete para o bebê.

⁷ Uma sessão de *Observação da Interação Mãe-Bebê* também foi realizada, nesta fase de avaliação inicial e pós-psicoterapia, mas esta observação não foi utilizada para fins do presente estudo, em razão de todas as filmagens de interação dos encontros de avaliação e das sessões de psicoterapia já terem feito parte da análise dos dados.

⁸ Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta Psicanalítica (Com formação pelo IEPP – Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS).

A Fase III ocorreu duas semanas após o término da psicoterapia, quando foi agendado um encontro de avaliação pós-psicoterapia com Camilla e Jota. Este foi realizado por outra colega⁹, e envolveu uma nova avaliação da mãe através dos seguintes instrumentos: **Entrevista Diagnóstica, Inventário Beck de Depressão (BDI), Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê, e Entrevista sobre a Experiência da Maternidade**. Cabe destacar que estas duas últimas entrevistas foram adaptadas nesta fase em relação à idade do bebê. Nesta fase, os instrumentos de avaliação dos aspectos emocionais e as demais entrevistas serviram, também, para examinar as eventuais mudanças devidas à psicoterapia. Todas as entrevistas realizadas nos encontros de avaliação inicial e no encontro de pós-psicoterapia e as sessões de psicoterapia foram gravadas em áudio e vídeo e transcritas para posterior análise.

2.3. Considerações Éticas

Os princípios éticos da pesquisa dizem respeito à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes. Para contemplar estes princípios, alguns procedimentos se fizeram necessários. Os princípios éticos centrais para a pesquisa em psicologia podem ser agrupados em três eixos: consentimento livre e esclarecido, minimização de potenciais prejuízos ou privação de benefícios, e garantia da confidencialidade e proteção da privacidade (Barker, Pistrang & Elliot, 1994). O primeiro refere-se à revelação, por parte do pesquisador, dos principais objetivos e procedimentos do estudo, possibilitando à pessoa uma decisão livre e informada sobre sua participação. No presente estudo, a apresentação e leitura conjunta do documento entre pesquisador e participantes pretendeu atender esta exigência.

Acerca do segundo princípio, a minimização de potenciais prejuízos aos participantes, ou privação de benefícios, os autores defendem que a validade ética de uma pesquisa só existe caso seus benefícios sejam superiores aos possíveis prejuízos causados aos participantes. Em relação ao presente estudo, outro risco passível de se supor, seria o caso dos participantes que, mesmo após o término da psicoterapia, ainda mantivessem certo grau de sofrimento psíquico, ou, ainda mais, tivessem agravado seu quadro clínico e/ou sintoma. Uma vez identificada esta situação, os participantes foram encaminhados para o Instituto da Família (INFAPA), para o

⁹ Formação psicóloga, psicoterapeuta, doutoranda pelo mesmo Programa de Pós-Graduação e integrante do projeto *PSICDEMA*, mas sem qualquer outra participação neste estudo.

tratamento que mais lhe foi indicado¹⁰. O terceiro princípio ético corresponde à garantia de confidencialidade e proteção da privacidade. Isto significa o impedimento de acesso do material a terceiros que não estejam implicados com a pesquisa, além do direito do participante em não disponibilizar algumas informações ao pesquisador, caso não seja do seu desejo. É importante salientar, ainda, que o material de vídeo é de uso exclusivo do presente grupo de pesquisa, além de ser somente em nível interno, não sendo, portanto, mostrado em aulas e/ou palestras. Ademais, esta tese não será disponibilizada na biblioteca on-line da Universidade, visando tornar mais criteriosa a consulta.

Para este estudo, os aspectos éticos foram garantidos no **Consentimento Livre e Esclarecido** que foi assinado pelos participantes (Cópia no Anexo A). O projeto *PSICDEMA*, do qual o presente estudo deriva, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Proc. no. 03-068¹¹ – Cópia da aprovação no Anexo B).

2.4. Instrumentos e Materiais

As descrições dos instrumentos que seguem, com exceção da MINI, são semelhantes às daquelas contidas no projeto *PSICDEMA*, do qual o presente estudo derivou.

Ficha de Contato Inicial (GIDEP, 1998): esta ficha foi preenchida pela pesquisadora com o objetivo de obter os dados de identificação da família, tais como: constituição da família, idade, estado civil, escolaridade, profissão e endereço. Nesta ficha, foi incluída uma parte para investigar questões referentes à história obstétrica da mulher e suas condições físicas de saúde. Dados desta ficha foram utilizados para avaliação da inclusão dos participantes no estudo. Cópia no Anexo C.

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan et al., 1998): foi realizada com a mãe, e pretendeu examinar as suas condições de saúde mental. Esta é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 min), compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa, como seleção de participantes.

¹⁰ Foi feito um acordo entre a coordenação do grupo de pesquisa do qual a autora faz parte e o Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA), onde o supervisor clínico deste estudo é docente, para que o atendimento pudesse ser continuado, evitando, inclusive, listas de espera.

¹¹ Para solicitação de aprovação do Comitê de Ética do HCPA, o presente estudo foi incluído como adendo ao projeto *PSICDEMA*, mencionado acima, em desenvolvimento pelo grupo de pesquisa do qual a autora faz parte. Por esta razão, o título do projeto presente no documento de aprovação do comitê de ética não equivale ao desta tese, embora se refira às questões particulares deste estudo.

Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida, e já está disponível em mais de 30 idiomas, incluindo a versão brasileira, traduzida por Amorin (2002). Compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do Eixo I do DSM-IV, além do risco de suicídio e o transtorno de personalidade anti-social. Foi aplicada pela própria pesquisadora, que perguntava as questões para a participante e assinalava a resposta emitida. É importante salientar que, durante esta aplicação, quando se fez necessário aprofundar alguma questão, foram feitas perguntas adicionais. Os dados desta entrevista foram utilizados para verificar se havia ou não indicação para a psicoterapia breve pais-bebê. Em virtude da brevidade deste tratamento, fez-se importante examinar cuidadosamente a indicação dos participantes para que pudessem ser alcançados benefícios no curto espaço de tempo, previsto pela técnica. A MINI é central para identificar participantes *borderline* (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cramer, 1999; Trad, 1997) com ideiação suicida, regressão psicótica e ansiedade de separação (Trad, 1997), que não se enquadram para atendimento pela Psicoterapia Breve Pais-Bebê, conforme descrito mais abaixo. Assim, a aplicação do MINI permitiu o exame destes quadros clínicos e/ou sintomas, para que, se identificados, levassem à exclusão do estudo.

Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001). Esta escala é provavelmente a medida de auto-avaliação da depressão mais usada tanto em pesquisa como em clínica (Gorenstein & Andrade, 1998). O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Esta escala foi desenvolvida a partir de observações clínicas e descrições de sintomas característicos de pacientes depressivos, como um instrumento que objetiva avaliar a intensidade da depressão. A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p < 0,001$). Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso,

preocupação somática e diminuição da libido. Estes itens contemplam diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total que, por sua vez, constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos).

A literatura aponta para diferentes propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão a partir da utilização do BDI, o que depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (Gorenstein & Andrade, 1998). De acordo com as autoras, escores acima de 15 podem ser utilizados para detectar disforia em amostras não diagnosticadas clinicamente, mas o termo “depressão” deve ser utilizado apenas para os indivíduos com escores acima de 20. Um estudo desenvolvido no Chile avaliou a utilização do BDI nos quadros do pós-parto. A pesquisa contou com 125 participantes submetidas a avaliações clínicas na trigésima semana de gestação e na oitava semana após o parto. Os resultados indicaram que o BDI demonstra ser um instrumento com elevada capacidade de discriminação da depressão materna na gravidez e após o nascimento do bebê (Alvarado et al., 1993). Para os autores, a maior eficiência do instrumento com esse tipo de população se obtém com os seguintes pontos de corte: pontuação igual ou superior a 15 para presença de depressão e pontuação igual ou inferior a 9 para ausência de depressão. Cópia no Anexo D.

Entrevista Diagnóstica (GIDEP/NUDIF, 2004). A entrevista foi baseada em Dunnewold (1997) e nos critérios do DSM-IV, e teve como objetivo investigar os sintomas depressivos atuais do pós-parto, a história imediata da mãe na gestação, a qualidade de seus relacionamentos com o bebê, com sua família e seu marido, e o histórico psiquiátrico prévio. De acordo com o DSM IV, o indivíduo em episódio depressivo típico usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Além desses sintomas usuais, outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. Cópia no Anexo E.

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b): Esta entrevista semi-estruturada abordou, retrospectivamente, as impressões e os sentimentos maternos acerca dos

aspectos físicos e emocionais da gestação e do parto. Sobre a gestação, investigaram-se questões a respeito do planejamento e sentimentos da mãe e dos familiares com a notícia da gestação, do estado físico e emocional da mãe nesse período, das principais preocupações consigo e com o bebê, das mudanças ocorridas, e do apoio recebido. Questões da entrevista foram adaptadas para focar a notícia do diagnóstico de malformação fetal e a reação da família. Sobre o parto, foram examinadas questões a respeito do tipo de parto, ocorrência de complicações, principais preocupações em relação a si mesma e ao bebê, mudanças percebidas em si mesma e nos familiares com o nascimento do bebê, e sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. As questões da entrevista buscaram focar a malformação do bebê. As associações da mãe nas respostas foram respeitadas e, caso fosse necessário um maior aprofundamento, foram solicitadas explicações adicionais. Cópia no Anexo F.

Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê (GIDEP/NUDIF, 2003c): Esta entrevista semi-estruturada objetivou examinar as impressões maternas sobre o desenvolvimento do bebê. Assim como nas entrevistas anteriormente descritas, solicitou-se à mãe que descrevesse os seus sentimentos e impressões acerca do desenvolvimento do bebê, sendo que informações adicionais foram pedidas quando necessário. Dentre os temas abordados nesta entrevista, destacaram-se os seguintes: sentimentos e impressões a respeito do crescimento e desenvolvimento do bebê, relatos sobre problemas de saúde, impressões sobre a alimentação, o sono, o choro e o humor do bebê, descrições sobre o seu comportamento quando acordado, quando da troca de fraldas e de roupas, ao brincar e diante de novas situações. As questões da entrevista buscaram focar as necessidades especiais da criança. Cópia no Anexo G.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003d): Esta entrevista semi-estruturada examinou o modo como a mãe exercia a maternidade e a sua satisfação com este papel até o presente momento. Entre os aspectos abordados, destacaram-se os seguintes: sentimentos a respeito de si mesma e do bebê, particularmente no que se referia à rotina de cuidados e à comunicação entre a mãe e o bebê; êxitos e dificuldades relacionados à maternidade e à relação mãe-bebê; impressões a respeito de mudanças no que se refere a sua identidade como esposa, profissional e filha; sentimentos a respeito do desempenho do companheiro como pai, assim como do seu apoio; sentimentos sobre o apoio recebido por outras pessoas. Da mesma forma que nas entrevistas anteriores, respeitou-se as associações da mãe, porém questionando-

a mais profundamente quando necessário. As questões da entrevista buscaram focar a maternidade na situação de necessidades especiais da criança. Cópia no Anexo H.

Psicoterapia Breve Pais-bebê: A psicoterapia breve pais-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997) foi realizada, predominantemente, com a mãe e o bebê. Esta consistiu de 17 sessões de psicoterapia realizadas no LOPI (Laboratório de Observação de Processo Interativos), no Instituto de Psicologia da UFRGS, e foram realizadas, conforme já descrito acima, pela própria autora desta tese. Esta, além de psicoterapeuta clínica individual, obteve um treinamento teórico e prático específico em relação à teoria e técnica da Psicoterapia Breve Pais-Bebê pelo psicoterapeuta, psiquiatra e supervisor clínico deste estudo, Dr. Luís Carlos Prado. O encontro de avaliação psiquiátrica foi realizado pelo Dr. Luis Carlos Prado. O treinamento teórico consistiu em um total de 30 encontros com um grupo de pesquisadoras integrantes do projeto *PSICDEMA*, do qual a pesquisadora fez parte, e o supervisor. Os encontros ocorreram semanalmente ao longo de oito meses e tiveram a duração de uma hora e meia, totalizando 45 horas. Após esse período, teve início a parte prática do treinamento, através de supervisão semanal em grupo dos casos clínicos atendidos, o que chegou a um total de cerca de 165 horas de supervisão, num total de mais de 125 encontros). O total, entre treinamento teórico e prático, foi de cerca de 210 horas, ao longo de quatro anos. As compreensões psicodinâmicas resultantes dessas supervisões foram também consideradas na análise do caso.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO GERAL

O presente estudo revelou o sofrimento vivenciado por Camilla diante do contexto de malformação de seu filho Jota, e o quanto este pôde afetar e, até agravar os conflitos intrapsíquicos e inter-relacionais já existentes. Ao longo do processo psicoterápico descrito no Capítulo III, ficou evidente a complexidade e intensidade dos sentimentos envolvendo esta família, em particular com Camilla, que apresentou constante sensação de ameaça de perda e morte imposta pela malformação, muita fragilidade psíquica para enfrentar essas dificuldades, intolerância diante da dependência e necessidades do filho, além da solidão e desamparo sentidos em relação à sua *matriz de apoio*. A literatura corrobora estes achados, enfatizando, também, o sofrimento e a amplitude do impacto do diagnóstico de malformação sobre os diversos âmbitos da vida da mãe e da família. Enfim, foram muitas as dificuldades enfrentadas por ela, e, por que não dizer também por mim ao escutá-la ao longo de quase sete meses em psicoterapia, num contexto de vida e morte bastante angustiante para todos os interlocutores.

Como foi visto no Capítulo III, a descrição do atendimento realizado revelou pelo menos em parte a complexidade e dinamicidade do processo psicoterápico. Neste contexto, são muitas as possibilidades de “olhares” para se compreender o material derivado de um atendimento. A proposta de analisar os dados com base nos quatro temas da constelação da maternidade se constitui em apenas um dos jeitos possíveis para se compreender os fenômenos e sua evolução ao longo da psicoterapia. Neste capítulo, mantenho a mesma estrutura do anterior, mas aqui relacionando os conteúdos à literatura. Assim, discute-se aqui cada um dos temas descritos à luz da literatura, bem como se busca fazer a integração destes temas, já que eles apenas didaticamente existem separadamente. Na verdade, ao longo do atendimento foi possível perceber que mudanças em um tema tinham obviamente impacto em um ou mais dos outros temas. Além disso, neste capítulo, busca-se avançar as análises já descritas, agrupando os encontros e sessões por fases, divididas com base nas principais mudanças percebidas nas verbalizações e na interação mãe-bebê, sendo que para cada tema, as fases envolveram um diferente conjunto de encontros, com será visto a seguir. Dessa maneira, pretendeu-se evidenciar com mais clareza o movimento psíquico ocorrido nas representações maternas nos principais momentos do atendimento.

4.1. Maternidade na gestação

A impressão que tive de Camilla, de carência e necessidade de acolhimento, já desde o telefone quando marcamos nosso primeiro encontro, pode ser entendida com base no seu forte sentimento de abandono e desestrutura evidenciada ao longo da psicoterapia relatada no capítulo anterior. Este sentimento lhe acompanhava, conforme seus relatos, desde a infância, quando, embora tivesse razoáveis condições financeiras, com acesso a bons recursos educacionais e de saúde, emocionalmente, se via perdida e sozinha. Cercada por um ambiente de violência e inconstância, decorrentes do envolvimento de seu pai com jogos de azar e alcoolismo, e da percepção de uma mãe frágil que não se impunha para lhe proporcionar um ambiente mais tranqüilo, Camilla procurava claramente nos relacionamentos amorosos essa estrutura psíquica que não sentia ter em casa e nem internamente.

Já do primeiro companheiro, engravidou bem moça, com 16 anos, e foi morar com ele. Disse, inclusive, que não teve vivências de muitas paqueras e namoricos anteriores. Ou seja, parecia buscar, ansiosamente, um vínculo mais duradouro e de compromisso, que lhe proporcionasse a estabilidade emocional que precisava. Depois, no seu novo relacionamento, com Jorge, não foi nada diferente. Além de duas semanas ser um tempo extremamente rápido para a decisão de morarem juntos, ela evidenciou claramente o significado que ele tinha para ela: ter uma boa profissão, ser mais velho e ter uma vida financeira estável, o que representava uma possibilidade de ter uma estrutura e um cuidado mais seguro. No entanto, não foi assim que aconteceu, nem no primeiro nem no segundo relacionamento, na medida em que as decisões de ter filhos, de adquirir ou vender bens, etc. não eram pensadas e realizadas de maneira ponderada. Assim, embora com 22 anos, ela já estava com cinco filhos, muitas perdas financeiras e continuamente numa situação emocional falha e de desamparo.

A partir do conceito psicanalítico de compulsão à repetição²⁶ (Freud, 1920/1969; Laplanche & Pontalis, 1992), pode-se pensar que, apesar de dela buscar vínculos que lhe proporcionassem um ambiente diferente do seu familiar original, acabava por transformar novamente isso numa situação caótica e desestruturante. Desta maneira, é possível supor que Camilla casou e teve filhos não como um reflexo de amadurecimento emocional, mas, pelo contrário, como uma busca de vínculos de cuidado e proteção, por um lado, e, por outro, inconsciente, de manter o caos infantil onde nasceu e cresceu. Ou seja, repetiu a vivência de

²⁶ Processo inconsciente que impele a pessoa se colocar em situações penosas repetindo experiências antigas, porém que lhe parecem muito atuais. Estas ao mesmo tempo em que causam desprazer, pois retratam situações de sofrimento, também geram prazer pelo retorno do reprimido.

relacionamentos caóticos quem sabe com a esperança de um desfecho diferente de sua história, o que inevitavelmente não ocorreu, já que não eram ‘escolhas’, e sim compulsões.

Já o ato de desejar um filho e engravidar pode ter origens numa mescla de razões conscientes e inconscientes, tais como: garantir a própria continuidade, necessidade de fundir-se com outro ser, o desejo de espelhar-se em alguém – se autoduplicar, restaurar vínculos já comprometidos, aprofundar a relação do casal, competir com irmãos e com os próprios pais, agradar o pai ou a mãe, realizar ideais perdidos, e preencher vazios do casal (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1997). No caso de Camilla, talvez se tratasse de um desejo de ser preenchida e de ganhar status de grávida, mãe, como um lugar de evidência que merecesse olhares e cuidado. É como se, através dos filhos, ela bebê procurasse receber a atenção e o amparo que tanto lhe faltava psicologicamente. Porém, na medida em que eles nasciam e ela se deparava com a necessidade de ser mãe, cuidar, proteger ativamente, passava a novamente engravidar.

Essa ausência interna de um objeto cuidador e a busca por um olhar atento e de amparo aparecia quase todo o tempo no discurso e no comportamento de Camilla. Constantemente, verbalizava que se sentia sozinha, que não tinha ninguém com quem contar, que estava se sentindo mal fisicamente e não sabia como proceder. E suas atitudes, da mesma forma, revelavam esse aspecto: gravidezes consecutivas, doenças e sintomas físicos pessoais que recebiam negligência de cuidados, etc. Uma situação vivida durante o tratamento bastante ilustrativa diz respeito à dificuldade dela em aceitar que seus pais não pagariam mais o seu convênio de saúde, e que teria que depender exclusivamente do SUS. Era como ‘desistir’ de ter o olhar dos pais, e admitir que cresceu e que teria que lutar por si mesma. Um crescimento ainda impossível para Camilla, um ‘parto prematuro’ que parecia que a levaria a uma espécie de óbito psíquico. Assim, o risco de infarto que essa situação impunha a Jota, que estava com o cateterismo bastante atrasado em razão dessa postura da mãe, talvez refletisse a ameaça à sobrevivência psíquica dela em se ver mais adulta e mãe do que menina dependente dos pais ideais. Era dolorido, para Camilla, enxergar que seus pais não eram como ela gostaria e precisava. Seu objeto cuidador interno não tinha sido bem constituído, estando ainda ligado ao cuidado dos genitores, o que parecia impedi-la de proteger seu filho.

No que diz respeito ainda a esta postura passiva da mãe sobre os cuidados do filho, pode-se pensar também num aspecto relacionado à indiscriminação. Camilla aparentava dificuldades em discriminar o que era urgente do que não exigia tanta preocupação, o que cabia a seus pais ou a ela mesma, o que era ser mãe e ser filha. Assim, era algo complicado

para ela ponderar a urgência, por exemplo, do cateterismo em relação a outras coisas. Essa confusão foi apontada por Camilla na maneira de seus pais viverem, tanto em relação à situação conjugal que, apesar de se dizerem separados, compartilhavam questões importantes da vida, como à condição financeira, que ostentavam um padrão que não conseguiam arcar objetivamente. Não parecia haver, portanto, clareza, logicidade e discriminação no pensamento e no comportamento dessa família, o que prejudicava, inclusive, a avaliação da mãe diante de prioridades e decisões da sua vida e também de Jota.

Foi, possivelmente também, com base nessas dificuldades, que Camilla engravidou, pois não conseguia organizar o controle contraceptivo, nem enfrentar, de forma geral, os obstáculos pelos quais passava com sua família. Pode-se dizer que a base estrutural sendo falha, o que veio para ser construído depois não contava com satisfatória solidez. Assim, foi também a gravidez de Jota: não planejada, vinda em um momento de importantes problemas de saúde e financeiros; além de, obviamente, contar com um comprometido espaço mental para a maternidade. Se por si só esta gravidez já era difícil, o fato de ser gemelar somada a presença de malformação, deixou a situação muito complexa e confusa.

A literatura assinala que uma gravidez, por si só, já é um período complexo na vida da mulher, de muitas transformações de diferentes ordens, e com uma série de exigências físicas e emocionais. Por isso, acaba se fazendo necessária uma reformulação da identidade e das relações em geral, o que pode gerar conflitos e desgaste psíquico (Szejer & Stewart, 1997). O bebê também envolve expectativas e representações conscientes e inconscientes, as quais têm relação com a história da mãe e do pai, desde o seu período da infância (Schorn, 2002). Assim, pelo fato da gravidez contar com todas estas profundas representações e acarretar tantas transformações, é um momento que, mesmo sem quaisquer intercorrências com a mãe e com o bebê, pode ser bastante conturbado (Raphael-Leff, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Numa situação com complicadores reais, como por exemplo no caso de malformação, as dificuldades são intensificadas (Santos, 2005). Camilla é um exemplo claro de multiplicação de complicadores. Além das suas próprias questões pessoais, que já não dispunham de um espaço maduro para a maternidade, ela teve que enfrentar dificuldades de saúde pessoal e com outros filhos, problemas financeiros, uma gestação gemelar e, ainda, uma malformação cardíaca grave. Ademais, o apoio recebido não parecia satisfatório para tudo que precisava dar conta. Stern (1997) salienta que o apoio conjugal e/ou familiar é essencial para a gestante conseguir estabelecer uma relação de mais qualidade com a gravidez e com o bebê.

Desta forma, a reação de Camilla, ao saber da gestação, não poderia ser outra senão a descrita por ela, de “*choque e desespero*”. Ela sentia que não tinha recursos internos e nem externos para enfrentar aquele momento. E, por isso, por mais que estivesse parcialmente em contato com a gestação e com os bebês, havia uma parte sua que parecia desligada, longe de tudo isso. Esse aspecto pôde ser ilustrado com algumas verbalizações referentes à gestação, nas quais Camilla demonstrou não se preocupar em buscar um pré-natal adequado. Por isso, tomou conhecimento do diagnóstico de malformação de Jota somente no final da gravidez, quando realizou uma ecografia mais detalhada. Mesmo sabendo do risco de uma gravidez gemelar e, por isso, dos procedimentos pré-natais que precisava realizar, não procurou o hospital, pois não queria ser internada já que era época de seu aniversário e Natal. Assim, só foi percebendo a gravidade da situação depois do nascimento dos bebês, pois além de ter sido parto prematuro de 32 semanas, viu que Jota estava muito fraquinho e já precisando de vários aparelhos. Realmente, parece que a maternidade não era prioritária, os bebês estavam em segundo plano e ela em primeiro. Camilla estava mais para filha do que mãe, preocupando-se mais consigo mesma do que com os filhos.

Uma das tarefas da maternidade é conseguir elaborar algumas perdas importantes (Szejer & Stewart, 1997; Rubin, 1975). Como deixar de ser só filha e passar a ser também mãe. Para tanto, são necessárias importantes reestruturações na identidade e a aceitação da perda de uma posição mais infantil e passiva. Para Camilla, talvez essa perda tenha sido mais difícil de aceitar devido à natureza frágil de sua relação com seus primeiros objetos. Ela ainda estava esperando ser cuidada, receber a atenção que não sentiu ter tido até então. Tudo indica que os filhos eram, inclusive, um recurso inconscientemente usado para isso. Assim, não se está afirmando que ela não amasse os filhos, mas que o amor de Camilla era carregado de características mais infantis.

Em um contexto de malformação, ainda é mais exigido da mãe que ela abra mão de si mesma para atender o filho, uma vez que, além de precisar abrir mão do bebê imaginário, o bebê real envolve uma série de cuidados especiais, além do doloroso reconhecimento de seus limites como mulher e mãe. Kroeff et al. (2000) chamam atenção que a mãe se vê abalada tanto na auto-estima, sentindo-se inferiorizada, como também na auto-imagem, se vendo estranha em relação ao que pensava de si. Se o bebê é visto pela mãe como uma extensão de si mesma (Ramona-Thieme, 1995; Santos, 2005; Schorn, 2002), ao ‘produzir’ um bebê com problemas, passa a questionar sua competência e perfeição, acreditando que ela também tem ‘defeitos’. Santos (2005) acrescenta que uma situação de malformação pode também vir a

comprovar e/ou ativar algumas falhas já reconhecidas pela mãe em si própria e na sua vida. No caso de Camilla, quando falava sobre o nome do filho, contou que o tinha escolhido por ser igual ao de seu próprio pai, como uma homenagem por ele ter parado de beber. Porém, segundo ela, ele voltou ao vício pouco tempo depois. Isso, somado à malformação, a fez pensar que Jota era o resultado de tudo de ruim que ela tinha vivido. Que tinha passado para ele tudo de dor que tinha dentro de si. Assim, é como se o bebê revelasse o ‘estragado’ de dentro dela, as falhas, os problemas e o sofrimento.

Podemos, ainda, enfatizar que a especificidade da malformação cardíaca se presta bem a esta fantasia de Camilla, uma vez que o ‘estrago’ é interno, além do coração ter, simbolicamente, relação direta com os sentimentos (Ruschel, 1994). Ele é, segundo a autora, sentido na nossa cultura, como o órgão da vida, das emoções. Como recém dito, para Camilla, era como se a malformação de Jota significasse o que de pior ela tinha, e que isso era herança do fracasso de seu pai. Seus ‘corações estragados’ estavam, na fantasia da mãe, ligados há três gerações: no pai, o fracasso de não conseguir parar de beber, nela por ter tantos problemas e no Jota com a concretude de tudo isso no seu corpo.

Nesse sentido, Cramer e Palácio-Espasa (1993), ao discorrerem sobre as representações da mãe em relação ao bebê, afirmam que, em alguns casos, estas podem estar contaminadas de elementos parasitas, provenientes de projeções internas da mãe que vão minar a visão dela acerca do bebê e, por conseguinte, possivelmente, prejudicar a formação da sua identidade. Para os autores, a psicoterapia vem, também, para fazer esta descontaminação, livrando o bebê desta concepção patologizante e permitindo maior espaço para uma constituição psíquica saudável.

4.2. Temas da constelação da maternidade

4.2.1. Vida e Crescimento

Com relação ao primeiro tema, *vida e crescimento*, a primeira fase foi marcada do primeiro encontro de avaliação até a segunda sessão de psicoterapia. Durante esta fase, a visão materna sobre o bebê foi percebida como bastante parcial. Ou seja, Jota foi visto predominantemente sob um olhar de idealização, tendo inclusive normalizada a sua restrição de crescimento, além de ser supervalorizado quando comparado à irmã gêmea que não apresentava malformação. Pode-se pensar numa necessidade da mãe de compensar a malformação, promovendo o filho a potenciais maiores que pudessem amenizar os limites

inerentes à sua condição de saúde. No entanto, apesar de poder ser considerada uma espécie de negação, e até do uso de uma formação reativa, acredita-se que era um movimento necessário para que ela pudesse ver potenciais de crescimento no filho e assim investi-lo de afeto e esperança.

É bastante comum, nestes casos de malformação, que haja uma suspensão dos sentimentos amorosos das mães com os filhos, pelo medo da perda (Heidrich & Cranley, 1989; Raphael-Leff, 1997; Roelofsen et al., 1993). Assim, por defesa, elas tendem a anestesiarem seus afetos até ter mais certeza da sobrevivência e evolução dos filhos. Pensando assim, Camilla poderia estar precisando supervalorizar as aquisições e os potenciais de Jota para conseguir acreditar nele, amá-lo e, sobretudo reunir forças para lutar por sua saúde e bem-estar. Diante de tantas dificuldades e obstáculos, se ela não compensasse um pouco o 'preto e branco' da situação, colorindo o cenário onde vivia, talvez não sobrevivesse psiquicamente, o que não deixa de ser, então, uma forma de proteção também para Jota.

Dentro dessa visão compensatória e idealizada, Camilla expressou sua crença, que era também compartilhada por seu marido, de que Jota estaria sempre à frente dos meninos da sua idade e até dos seus irmãos, que seria ele quem o ajudaria no trabalho, por ser mais responsável e maduro. A mãe acreditava que essa maturidade teria base nas vivências difíceis de Jota, como se perceber diferente dos colegas numa festa de aniversário, sem poder correr e brincar normalmente. Camilla poderia estar nos falando da dor como levando ao crescimento, mas especialmente, do forte desejo de que, com seu filho, esta idéia se tornasse muito verdadeira. Que, ao invés de traumas, revolta e sentimentos de desvalia, ele pudesse transformar estas vivências em lições de vida, se tornando ainda mais evoluído do que os meninos da sua idade que não apresentavam qualquer restrição. Em relação ao que falávamos acima, sobre a visão compensatória e idealizada da malformação, tem-se o mesmo movimento, amenizar o sofrimento, e revertê-lo para ganhos, tanto dela como mãe, que parecia se aliviar ao pensar assim, como de Jota, que passaria a se ver como mais capaz. A literatura sugere que esta é uma reação bastante comum em pais de crianças com malformação, que, pelo trauma, desenvolvem uma série de reações defensivas inconscientes. Estas podem apresentar-se desde a negação até a formação reativa, que não só anulam as restrições, como as transformam em potencialidades (Viana, Giacomoni & Rashid, 1994).

Ainda sob esta ótica, a respeito da relação mãe e filho em situações de malformação, Sinason (1993) nos fala como é freqüente a atitude de superproteção na medida em que esta ameniza o sofrimento das limitações, protege contra riscos naturais aos quais estas crianças

são realmente mais vulneráveis, além de dar uma falsa sensação de menos impotência às mães, que sentem que estão podendo fazer alguma coisa ativamente. Com crianças com malformação cardíaca, essa postura é bastante expressiva (Gianotti, 1996), a fim de tentar distanciar o máximo possível a realidade de séria ameaça associada à particularmente a esta malformação. Ao ver o filho idealizado, Camilla o estava superprotegendo de alguma maneira, pois o isentava de limitações e sofrimentos.

Cabe assinalar que, durante a psicoterapia, neste momento em que ela me falava do possível sofrimento dele ao se ver diferente dos amigos, Jota começou a chorar. Entendi que ele estava conectando com aquela dor da mãe que, embora um pouco atenuada pela visão compensatória, estava ali, e também era dele. Teperman (2005) destaca diversos autores que defendem a importância da palavra no tratamento com bebês. Uma delas, a precursora, Dolto (2002) aponta que o sofrimento deve ser traduzido em palavras, pois assim se abre espaço para a elaboração. Eliacheff (1995) compartilha desta idéia e acrescenta que o objetivo do psicanalista não é reparar ou consolar o bebê, e sim propiciar a simbolização da sua dor, dar nome a ela. Assim, decodifiquei para Jota o possível significado do seu choro, lhe dizendo, na primeira pessoa (como se fosse ele falando) que tudo era muito difícil para ele, ainda mais sendo tão pequeno e já tendo tantas coisas para enfrentar. E só, depois disso, Camilla pôde expressar seu sofrimento com menos máscaras, falando do desconforto que sentia ao sair com Jota na rua, pois as pessoas costumavam notar que ele era pequeno e ficavam perguntando o que ele tinha, ao que não lhe dava vontade de responder para não ter que ouvir lamentos e ver olhares de desesperança. Depois da minha intervenção, decodificando o sofrimento para Jota, Camilla sentiu mais espaço para expor a sua dor. O não dito também ficava impedindo a expansão psíquica dela, na medida em que temia enfrentar seus medos e angústias. Talvez o fato de eu ter falado diretamente com Jota sobre suas perdas e dificuldades possa ter mostrado que eu não estava identificada com seu pavor de lidar com tudo isso e que, por isso, ela podia contar comigo.

Porém, apesar de eu tentar, na seqüência, integrar a visão e os sentimentos de Camilla, de dor e esperança, ao mesmo tempo, ela me mostrou que, por enquanto, precisava viver mais nos extremos, mais parcial, e voltou a idealizar o bebê, o que era completamente esperado, tendo em vista a complexidade desta transformação e o momento inicial do tratamento. Era preciso, para ajudar verdadeiramente Camilla e Jota, que eu tolerasse um funcionamento na

posição mais esquizo-paranóide (Klein, 1946/1991)²⁷ e a evolução para a posição depressiva²⁸ levaria tempo para ser genuína, ainda mais com todas as suas próprias vivências de inconstância objetal. Na verdade, sabe-se que uma psicoterapia breve não propicia o tempo e frequência suficiente para dar chances para essa integração, no entanto, eu e o grupo de supervisão acreditávamos que poderia apostar.

No início do segundo encontro de avaliação, Camilla chegou trazendo-me de presente esculturas, feitas por ela mesma, de dois padres cantores em gesso. Disse que Jota estava querendo me presentear. Estava sorridente e parecia em alta expectativa sobre a minha reação. Agradei seu gesto, elogiando sua habilidade. Questionei sobre a razão em ter escolhido aquelas esculturas especificamente, e ela justificou que gostava muito deles, pois eram cantores. Pensei em algo de vida e confiança (padres confidentes dos segredos). Camilla parecia querer agradecer a atenção recebida, além de me agradar, talvez acreditando que, só assim, pudesse seguir contando com um objeto mais constante e continente. Logo a seguir ao meu agradecimento e valorização de seu trabalho e gesto, ela enalteceu a esperteza do filho enquanto se deslocavam para a sessão, dizendo que ele estava muito atento a tudo que acontecia à sua volta.

Pode-se pensar na função libidinizadora que eu, como terapeuta e terceiro na relação, possivelmente estava ocupando. Como um espelho, refleti para Camilla, ao elogiar sua habilidade artística, um valor dela mesma e, por conseguinte, ela pôde, diante dessa imagem de si, também sob uma ótica especular, ver Jota mais valorizado e, assim, refletir para ele um olhar mais encantado. Diversos autores (Lacan, 1949/1998; Winnicott 1967/1975) fundamentaram a função do espelho na constituição psíquica, entendendo que o filho, sendo uma extensão de si, passa a ser visto como semelhante. Ela, sentindo-se desvalorizada e rejeitada, tende a ver o filho também desta maneira e, ainda mais com uma malformação, que é um fator concreto e real, que pode intensificar as falhas. Por outro lado, caso Camilla pudesse - talvez como neste momento em que se sentiu mais valorizada - se ver com menos desvalia, as chances de Jota representar para ela um filho mais inteiro e com potenciais aumentaria consideravelmente.

²⁷ Modalidade de relação objetal característica dos quatro primeiros meses, mas que pode estar presente ao longo da infância e adultez, em funcionamentos psíquicos mais patológicos. Caracteriza-se por angústia intensa, de natureza persecutória e por uma visão clivada do objeto (bom ou mau). Mecanismos predominantes de projeção das partes excindidas do *self*.

²⁸ Institui-se por volta do quarto mês, consolidando-se ao longo do primeiro ano de vida, podendo não acontecer assim diante de falhas psíquicas. Prerrogas uma integração maior do objeto e das pulsões libidinais e agressivas. A angústia é mais depressiva, gerando medo de perder o objeto pela introjeção. A culpa já aparece e, por conseguinte, a intenção de reparação.

Interessante registrar e pensar que, no decorrer desse segundo encontro, ela pôde revelar situações de muito medo de perder o filho logo após o seu nascimento, como quando o viu cheio de tubos e proteções, tendo se sentido desesperada e sem esperança. Embora as questões da entrevistas estivessem levando-a a relembrar esses momentos, percebi que estes não estavam sendo amenizados e nem mesclados com idealizações do filho. Camilla estava enxergando e mostrando mais a vulnerabilidade de Jota. Senti, sobretudo, que ela realmente estava começando a poder contar comigo para reviver aquelas cenas difíceis, que acionavam um temor intenso que ele não evoluísse e morresse. A crença na *vida e crescimento* de Jota estava, naquela época, completamente abalada.

Stern (1997) lembra o quanto é necessário os pais vislumbrarem um futuro para seu filho para poderem representá-lo psiquicamente. Quando uma condição médica implica uma imensa vulnerabilidade da criança, impedindo essa visão prospectiva, pode ocorrer um vácuo representacional. Camilla não podia ter essa noção evolutiva em muitos momentos, o que nos leva a supor que a representação psíquica que tinha de Jota poderia não ser linear, constante. Ora ela se deparava com as limitações dele, seus medos e frustrações, ora acreditava no seu crescimento e desenvolvimento.

De alguma forma, essa idéia se fez presente ao final deste segundo encontro, pois a mãe retomou uma visão mais parcial do bebê, novamente se utilizando, como no encontro anterior do mecanismo de formação reativa para descrever o filho, pois enalteceu o quanto ele era “*normal*”, como todas as crianças da idade dele, exceto no tamanho. Pode-se pensar que, como faltavam poucos minutos para o término da sessão e Camilla estava se preparando para ir embora, as defesas passavam a ser necessárias para enfrentar o mundo lá fora.

Ademais, a valorização de qualquer aquisição de Jota e dos seus aspectos saudáveis também significava investimento afetivo e reconhecimento real do seu desenvolvimento, uma vez que, para ele com suas limitações, cada ganho tinha muito mais valor do que para uma criança sem problemas. Diante disso, percebe-se o espaço diferente que uma criança com malformação tende a ocupar na mente e no dia-a-dia de uma mãe e de toda a família. Tudo é maior, os ganhos, as perdas. Tudo é mais ameaçador e perigoso. Gera medo, raiva, amor, esperança e descrédito, tudo intensamente. Assim, os irmãos de crianças com malformação geralmente sentem esse espaço ocupado pelo irmão doente como maior do que gostariam e as mães, por vezes, sentem-se culpadas por não conseguirem dividir igualmente a atenção e o zelo entre todos os filhos (Gomes, 2004). Gianotti (1996) ressalta que, em malformações cardíacas, esse movimento é muito expressivo, pela ameaça que o coração significa, ficando o

cardiopata como centro das atenções e seus irmãos em um plano ainda mais secundário do que em outras doenças. Em consequência disso, o sentimento de culpa esteve claro nas verbalizações de Camilla, na medida em que ela percebeu que dedicava mais de si a Jota, ficando, por vezes, até negligente com os outros filhos. No caso de Camilla, essa situação pareceu extrema em alguns momentos, ou seja, um descuido maior, que podia não decorrer somente da demanda de Jota, como, por exemplo, num dia em que tinha deixado de levar a filha Ana Paula ao médico mesmo depois de vários dias que ela vinha não se alimentando bem. Na verdade, ela parecia não dispor de muito espaço interno para os filhos, de forma geral, e assim, diante de uma malformação, o desequilíbrio ficava ainda maior. Mas Camilla precisava acreditar na hipótese de que Jota era o culpado para, talvez, se isentar da sua responsabilidade de mãe e mulher adulta, o que por si só também era um peso para ela. Na verdade, talvez esse fosse um início para ela demonstrar ali comigo a raiva que sentia dele e da malformação. Assim, Jota representava um sugador de suas energias e tempo. Por exemplo, no terceiro encontro comigo, quando contava que a filha estava doente, disse que isso tinha acontecido por causa da atenção que ele requeria, não sobrando para os irmãos, nem mesmo para a irmã gêmea de Jota. A raiva ficou bastante evidente logo em seguida, quando o bebê solicitou sua atenção e ela estupidamente o repreendeu.

Esse mecanismo projetivo, de colocar sobre Jota algo que não podia tolerar em si mesma, reflete a sobrecarga que Camilla demonstrava sentir com sua vida e, especialmente, com o contexto da malformação. Ela não dispunha, então, de condições psíquicas nem financeiras de prover a família e isso parecia ser uma pressão na sua vida e nas suas relações. Talvez por isso, delegasse responsabilidades que eram suas e de Jorge aos seus pais e irmãs. Cramer e Palácio-Espasa (1993) discorrem sobre a identificação projetiva na relação mãe-bebê, podendo assumir tanto uma dimensão de saúde e comunicação, como patológica, revelando uma tendência externalizante ou narcisista. A primeira significa uma intenção em recuperar os vínculos com o passado, atribuindo para tanto aos filhos características que imaginam positivas tanto suas quando bebês, como dos genitores amados da infância. Já, as identificações projetivas narcisistas visam expulsar aspectos conflitivos próprios que lembram suas primeiras relações. No caso de Camilla, narcisicamente, ela pretendia que Jota assumisse a sua responsabilidade por não ter cuidado da filha, assim como seus pais e irmãs que, por não lhe prover de condições e apoio, não possibilitavam que ela desse conta da sua família.

Camilla não suportava se apropriar todo o tempo de suas responsabilidades, atitudes e sentimentos, pois quando entrava em contato com isso, tendia a ficar culpada por ver que não

dava de forma efetiva. Assim, era invadida de um sentimento de impotência, culpa e desespero, que chegava a ser mais pesado, segundo ela, do que a malformação em si. Isso ficou explícito no quarto encontro, quando estava me contando sobre esse sentimento de impotência, e Jota chorou. Camilla escancarou o quanto essa demanda dele a deixava nervosa e com raiva, pois reagiu, agressivamente, chamando ele de chato, e lhe dizendo que ia contar para mim (“a tia”) sobre suas malcriações. A chatice, provavelmente, significava o peso que Jota ocupava na sua mente, sem que ela nem pudesse amenizar tudo isso, pela falta de condições financeiras e também psíquicas. A ameaça de dizer que ia falar para mim ‘sobre seu mau comportamento’, não deixava de ser uma maneira de compartilhar isto comigo, de incluir alguém para ver e suportar com ela essa carga. Alguém mais para olhar a ‘chatice’, a dor, que compreendesse, não julgasse, e que tolerasse tudo isso. A ‘tia’ com quem se pode dividir esse peso.

As preocupações com a *vida e crescimento* de Jota eram uma constante na vida relacional deles. Isso ficou evidente, durante todo o tempo, através das várias passagens relatadas no capítulo anterior, nas quais ela contava que estava sempre com medo e atenta a qualquer movimento do filho. Aqui, cabe nos questionarmos sobre como é viver constantemente sob uma intensa tensão e ameaça de perda. E sendo o coração considerado, simbolicamente, o órgão da vida, essa ameaça se tornava ainda mais aterrorizante (Ruschel, 1994). A literatura aponta que o psiquismo tende a se defender dessas cargas extremas e traumáticas, amenizando ou até transformando a situação, visando, com isso, a evitar um possível *breakdown* (Marucco, 2005). Essa parecia que era a reação de Camilla em vários momentos, como descrito antes, mas aqui, ela estava explicando as razões disso. Ela vivia sempre preocupada e apavorada em perder o seu filho e, reconhecer isso, sem um suporte emocional continente, não lhe era possível psiquicamente. Pode-se pensar que, uma vez chegando ao final dos encontros de avaliação e vendo que estava construindo um vínculo de confiança comigo, conseguiu tomar mais contato com essa realidade tão dolorosa. Ou seja, quando esses sentimentos puderam ser expressos na sua forma direta, ela foi se apropriando mais da sua realidade e, por conseguinte, passou, paulatinamente, a assumir uma postura mais ativa para lidar com ela. Assim, percebeu-se um movimento inicial de Camilla em começar a buscar recursos para comprar os remédios do filho, através de alguns ‘bicos’ de trabalho, como, por exemplo, no quinto encontro que contou que tinha feito as unhas da avó e recebido por isso.

Essa possibilidade em se deparar mais de perto com a realidade de constante ameaça seguiu-se ainda ao longo da primeira e segunda sessões, nas quais a mãe relatou mais de perto, o dia-a-dia de sua relação com Jota, marcado por intercorrências de saúde, e seu esforço em atender suas necessidades, de medicamentos e procedimentos médicos. Parecia estar podendo começar a aproveitar o ambiente de apoio da sessão e a minha figura como continente para suas angústias e temores.

Em suma, esta primeira fase, do primeiro encontro de avaliação à segunda sessão de psicoterapia, se caracterizou inicialmente por uma visão mais parcial da mãe em relação ao filho, ou seja, uma representação dele mais idealizada e compensatória à malformação. As representações sobre si mesma circundaram em torno de uma idéia de desvalor e culpa, por não conseguir prover o filho com o que ele precisava. Sentimentos de raiva e constante tensão foram predominantes nesta fase. Paulatinamente, Camilla foi podendo expressar o medo da perda do filho, as constantes angústias e preocupações, com as quais convivia, e as suas raivas, utilizando o espaço da sessão como continente para lhe ajudar a sentir e a pensar sobre sua realidade. Percebeu-se, ainda, um início de uma postura mais ativa na busca de recursos para o filho.

A segunda fase, marcada da terceira à quinta sessão de psicoterapia, compreendeu uma visão materna de um bebê em evolução e com muitos potenciais. Camilla apontava, com muito orgulho, o crescimento do filho, através das roupas e sapatos que não serviam mais, dos dentes nascendo, etc. E, mesmo diante do estado febril de Jota na quarta sessão, a mãe não ficou paralisada naquele sintoma, apesar de não ignorá-lo passando a destacar mais suas aquisições, como o fato de estar começando a engatinhar, aos 14 meses.

Esse movimento parece ser uma continuidade da primeira fase, quando ela estava podendo se apropriar mais dos riscos de Jota e de seus medos em perdê-lo. Freud (1926/1969) refere que, uma vez utilizado o mecanismo de isolamento do afeto para amenizar as dificuldades, pode-se amenizar também os investimentos positivos verdadeiros. É uma anestesia geral, ou seja, não se chega muito perto para não sentir a dor e assim se perde também o amor e o prazer. Desta forma, na medida em que Camilla se aproximou da realidade, do medo da perda e da raiva que sentia por tudo isso, parece ter podido também contatar com o orgulho e a esperança que sentia em relação ao filho. Esses sentimentos de dor e orgulho tanto estão juntos que, na seqüência da sessão, a mãe falou no seu medo de perder os filhos, enfatizando sua dedicação para que isso não acontecesse. Reforcei a sua postura de dedicação, na intenção de ajudar-lhe a internalizar uma maternidade com mais valor e ela

apontou, em seguida e de novo, o crescimento de Jota, como se estivesse salientando um resultado positivo do seu cuidado.

Aqui, se percebeu o início de uma postura de Camilla de se valorizar como mãe, apontando frutos do seu amor materno. Assim, nessa segunda fase, da terceira à quinta sessão, as representações maternas estavam voltadas para um bebê crescido e em evolução. Ademais, Camilla pareceu estar se percebendo com mais valor materno.

A terceira fase compreendeu o intervalo entre a sexta e a nona sessão. Nesse período, a visão materna sobre o bebê estava ligada a alto risco e vulnerabilidade. Camilla salientou, mais uma vez, o quanto Jota demandava uma preocupação maior do que uma criança normal, sendo necessários constantes cuidados especiais, os quais uma criança sã não precisa. Apareceu, junto com isso, uma idéia de um bebê ‘defeituoso’, ‘diferente’ dos demais, com um “*monte de defeitos*”.

Em relação a esse ‘rótulo’, Schorn (2002) refere que a malformação é uma marca para toda a vida, uma marca orgânica e psíquica. A autora chama atenção sobre a dificuldade de definir a malformação, pois não é nem uma doença, um sintoma, nem tampouco uma síndrome. Por isso, ela chama de marca, na intenção de englobar uma conotação psíquica. Como se a imperfeição orgânica eternamente levasse à estranheza (Amiralian, 2003) ou, no mínimo, a uma categoria de ‘diferente’ (Viana et al., 1994). Essa conotação psíquica parece estar na verbalização da mãe quando ela fala que Jota “*tem um monte de defeitos, um monte de coisas diferentes*”, não definindo a malformação cardíaca, e sim mostrando a amplitude que isso ocupava na sua mente.

Essa carga, somada às carências pessoais de Camilla, pareceu, em alguns momentos, paralisá-la, na esperança que as soluções aparecessem sem o esforço dela. Na sexta sessão, quando lhe questionei sobre o cateterismo, ela disse que não tinha tomado providências, pois a médica estava querendo que fosse pelo IPÊ. Na verdade, tratava-se de uma projeção de seus desejos na médica. Devido às suas carências, parece que ela não conseguia abandonar sua condição infantil mais passiva de ser cuidada ao invés de cuidar e, assim, a menina pequena que residia dentro dela estava ansiosa querendo muito que seus pais pagassem o convênio, isto é, cuidassem dela. Desta maneira, desistir do IPÊ e batalhar pelo SUS era admitir que dependia de si e que tinha que colocar no limbo alguns desejos mais infantis. Só que isso a levaria a se deparar com seu desamparo, o que, nesse momento, era muito para ela.

Procurei, então, mobilizar Camilla a encarar a real condição de risco que estava passando Jota, ligando com o seu desejo em ser cuidada. Aqui, vale marcar que parece ter sido

essencial uma postura continente minha, funcionando não como um elemento superegóico, que estava mostrando o abandono dela em relação ao filho, e sim como um ego auxiliar para lhe ajudar a pensar nas razões que a levavam a não reagir. Mostrando, assim, que deveríamos não julgar, e sim compreender que partes suas que estavam implicadas. Desta maneira, talvez eu estivesse, em alguma medida, preenchendo aquele espaço da menina carente, emprestando-lhe a mente, ao mesmo tempo em que a segurava ‘no colo’, propiciando, enfim, recursos para que seguisse em frente. Podendo compreender e acolher este conteúdo, a mãe chegou na sétima sessão com o cateterismo marcado pelo SUS, por seu próprio esforço, além de demonstrar cuidados ativos com Jota, como não trazê-lo à sessão a fim de preservá-lo para o procedimento.

A respeito da técnica empregada nesta situação, lembrei de Ferro (2005), ao nos salientar a importância do campo relacional que se estabelece entre paciente e analista em uma sessão, sendo este mais expressivo do que está acontecendo ali do que propriamente o material trazido pelo paciente. Ou seja, ele diz: “não é possível falar do paciente senão do paciente com seu analista” (p. 117). Desta maneira, apesar de não ser uma sessão de análise, acredito que um processo semelhante ocorria em nosso contexto. Procurei, então, me deixar orientar pelo campo construído ali pelas nossas mentes, percebendo que interpretar o abandono com o filho e as possíveis razões para este, seria invasivo demais naquele momento para Camilla, ainda mais com a brevidade do tratamento. Por funcionar sob um superego e um ideal de ego mais severo, ela sentiria uma culpa talvez paralisante. Assim, priorizei um outro foco, podendo transformar, como observa Ferro, o superego do campo relacional. Primeiro eu, podendo me oferecer como alguém que continha e ajudava a pensar, tentei abrir espaço para olhar, em conjunto, mesmo os abandonos ou o que poderia antes gerar uma culpa avassaladora, mas aos poucos, poderia dar lugar ao desejo de compreensão e mudança.

Um outro aspecto que poderia estar contribuindo para a passividade de Camilla era a impossibilidade psíquica de estar constantemente próxima do alto risco do filho, o que a levava a amenizar a situação. Este estado de tensão, somado a todas as demais preocupações de Camilla, representava uma sobrecarga psíquica que acabava prejudicando sua capacidade de discriminação. Ou seja, em alguns momentos, parecia complicado, para Camilla, elencar o que era prioritário nos cuidados com os filhos, já que estava confusa e tensa.

Diversos estudos mostraram que as mães de crianças com malformação, quando comparadas às mães de crianças sem problemas físicos, apresentam um maior nível de estresse, depressão, ansiedade e baixa auto-estima (Beckman, 1991; Davis, Brown, Bakeman

& Campbell, 1998; Goldberg et al., 1990; Pelchat et al., 1998), e isso parece se confirmar no estado psíquico de Camilla. A constante tensão pelas dificuldades e pela malformação de Jota a deixava confusa para discriminar as situações e urgências, e organizar melhor a rotina de cuidados da família.

No entanto, apesar desses obstáculos, Camilla pareceu estar agora mais preparada para encarar a realidade. A prova estava que, na oitava sessão, ao contar que descobriu mais complicações no coração do filho, se mostrou muito triste e temerosa, porém isso não a paralisou, pelo contrário, a motivou querer saber mais sobre o que estava acontecendo, questionando o médico e pensando sobre o assunto. E assim se mostrou mais ativa na busca do apoio da família, expondo nessa sessão, com a minha ajuda, tudo o que estava acontecendo com o filho e lhe pedindo ajuda para enfrentar a situação. Além de buscar também dados médicos, propondo uma reunião com o corpo clínico responsável por Jota.

Pensando nas fases do luto propostas por algumas autoras (Drotar et al., 1975; Moura, 1986), pelas quais as mães passam ao se deparar com um filho com malformação, pode-se pensar que Camilla precisou de apoio para sair da fase de negação e enfrentar a situação. Só assim, ela pôde buscar efetivamente mais soluções para o problema de Jota, encaminhando-se para um estágio de maior reorganização. A função terapêutica pareceu servir de sustento para a mãe contatar com a gravidade da malformação, o que sozinha e com tantos outros problemas, vinha sendo impossível para ela.

A sobrecarga era muito excessiva e isso foi evidente na oitava sessão. Meus sentimentos contratransferenciais eram de impotência e muita dor. Essa intensidade de sentimentos apareceu também em Jota, que começou a chorar enquanto Camilla escancarava o medo de que ele morresse. Senti que precisava traduzir para ele, verdadeiramente, o que estava acontecendo ali. Szejer (1999) acredita que o não dito causa um prejuízo psíquico maior do que a explicação, mesmo sendo esta muito dolorida. E eu senti isso naquele momento, ele parecia estar pedindo que eu lhe traduzisse toda aquela angústia de morte tão pesada e assim o fiz, tentando transmitir de forma calma e verdadeira. Disse-lhe que sua mãe estava chorando, pois tinha medo que ele não ficasse bem, e que precisávamos conversar sobre isso para ajudar a ela e a ele. Jota foi parando de chorar, diferente de Camilla, que continuou, enquanto falava sobre a situação. E, após eu valorizar que estava podendo falar ali comigo sobre tudo que era difícil para ela, Camilla escancarou não mais o medo, mas o pavor de perder o seu filho, o pavor da morte.

Rajon et al. (1997) referiram que o terapeuta precisa funcionar como um pára-raio para as dores dos pacientes. E, através dos meus sentimentos contratransferenciais de peso e tristeza, eu sabia que o estava sendo, pois estava também comigo aquela carga de sofrimento. Minha função parecia estar sendo efetivamente cumprida na medida em que houve um pedido da mãe de antecipação da nona sessão, em razão de saber a data da cirurgia e estar muito ansiosa. De fato, era mais uma prova de que ela estava podendo contar comigo. Demonstrou, nesta nona sessão, muito temor em relação ao procedimento cirúrgico e culpa por não poder prover o filho de melhores condições.

Pode-se perceber que, ao se aproximar da realidade e enfrentar mais de perto os cuidados necessários, Camilla se deparou também mais com os sentimentos de culpa e impotência que lhe eram tão aterrorizantes e dos quais, possivelmente, ela se defendia quando negava a situação. Tentei, ainda nessa nona sessão, como podia, amenizar aquele peso, mostrando-lhe o valor de tudo que fazia, além do seu limite real em não poder fazer mais algo que independia do seu desejo. Pensava que eu também tinha que aceitar meu limite, assim como estava tentando ajudar Camilla a aceitar o dela. Mas, se para mim, que não era mãe de Jota, e nem ao menos parente próxima, era difícil - me sentia impotente e, por vezes, confesso que com vontade de ultrapassar a ética, a assimetria terapeuta-paciente, e lhe oferecer recursos concretos - imaginava como seria para ela. Obviamente, que eu estava tomada de identificação projetiva e, por isso, minha dor e impotência ficavam potencializadas, mas ainda assim sabia que eram sentimentos comuns numa situação como essa: um bebê dono de uma vontade incrível de viver, tendo que passar por tantas dificuldades. E uma mãe com muita vontade de cuidar e dar, sem as condições suficientes para fazê-lo, tanto em termos financeiros e psíquicos, com em termos médicos.

Assim, a terceira fase, que englobou da sexta à nona sessão, foi marcada por uma representação de um bebê frágil, de alto risco e 'diferente'. Os sentimentos predominantes foram de pavor da perda, tristeza, e culpa. A representação da mãe sobre ela mesma passou de mais passiva e infantil a uma postura de mais enfrentamento da realidade e de busca ativa de apoio familiar e médico.

A quarta fase incluiu da décima à décima segunda sessão. Apesar de ser um momento que circundou a cirurgia, Camilla mostrou uma visão de um bebê mais ativo e crescido, e também forte e com capacidade de reação. Apesar das representações maternas estarem envolvendo um bebê mais capaz e crescido, a idéia de vulnerabilidade se manteve. Assim, pôde-se perceber o início de uma visão mais integrada do bebê. Ele podia ter capacidades e ser

vulnerável ao mesmo tempo. No entanto, se manteve a idéia de um bebê ‘diferente’, já manifestada antes. Isto me fez lembrar da afirmação de Trolt (1983), de que para sempre o bebê ideal sobreviverá na mente da mãe a cada vez que ela ver uma criança normal, ou que se deparar com as dificuldades de seu filho, ela pode se remeter a esta imagem do filho que perdeu, da diferença entre o real e o ideal. Acredita-se que a manutenção da idéia do diferente trazida aqui por Camilla, fala desse aspecto. Tem um bebê diferente que se eterniza e ele é diferente de que? Do bebê ideal, do normal.

Nessa fase, Camilla se mostrou muito dedicada aos cuidados do filho, passando dia e noite no hospital com ele. Continuou se mostrando mais ativa também na busca de recursos, tendo, inclusive, procurado auxílio para fazer um chá beneficente para arrecadar fundos para as medicações. Mesmo diante de uma fase difícil, ela estava mais esperançosa e dedicada. Parecia que o investimento afetivo em Jota estava mais possível, apesar do medo da perda não ter desaparecido. Poderíamos pensar que esse movimento tem a ver com a auto-estima de Camilla, que tinha melhorado. Ela se sentia tendo um ‘bom leite’ para oferecer a Jota, diferente de antes que, talvez também não investisse nele para protegê-lo da sua crença num conteúdo ‘podre, que estraga’. Os sentimentos de culpa agora eram revertidos, pelo menos em parte, em tentativas de ajudá-lo. Isso também pode ter relação com o fato de estar recebendo um ‘leite bom’ ali comigo e, por estar mais bem alimentada, alimentava melhor. Isso me lembrou a colocação da autora que, com outros colegas (Caron et al., 2002), realizou um trabalho sobre observação de bebês intra-útero, e revelou-se o quanto a observadora precisava servir como uma boa barriga, que sustenta e nutre a mãe, propiciando, assim, condições desta ser uma boa barriga para o bebê. É como se fossem verdadeiras camadas de peles, que funcionariam como continentes e nutrientes.

Os meus sentimentos contratransferenciais de pena e impotência persistiam e, por vezes, acreditava que não estava ajudando Camilla e Jota. Via-me invadida de uma sobrecarga em alguns momentos e, talvez fosse exatamente nestes, que ela saía da sessão mais leve, deixando comigo o excesso de peso que não podia mais carregar. Recordo-me que um desses foi na décima primeira sessão que, mesmo estando exausta e com Jota hospitalizado, Camilla não quis desmarcar. Alteramos o horário para 8 horas da manhã de acordo com a troca de plantão da UTI. Cheguei no horário e ela já estava a minha espera, com olheiras profundas e com uma fisionomia muito abatida. Disse não ter se alimentado e nem dormido nas últimas horas. Durante a sessão, me vi envolvida com tantas carências, mas logo me conectei com a parte que bravamente tinha vindo à sessão, que queria levantar ainda mais e que estava ali para

que eu a ajudasse acreditar no seu valor e, assim, pudesse seguir ‘alimentando’ o filho. Reforcei, nessa sessão, a importância da sua dedicação, inclusive explicando que, teoricamente, sabíamos que os bebês com mães tão presentes tendiam a melhorar mais. Porém, marquei também a necessidade dela se cuidar, comer e dormir. E que precisava pedir ajuda para os cuidados do filho, para conseguir ficar de pé. Estava, novamente, cuidando dela para que ela cuidasse de Jota. Ao final da sessão, assinalou que o filho estava reagindo e querendo viver. Na verdade, ela parecia estar falando de ambos que, apesar das dificuldades, queriam muito sobreviver, mas precisavam constantemente de ajuda para superar os riscos.

Esta quarta fase, em suma, se caracterizou por uma representação de um bebê mais integrada, podendo ser visto como capaz e vulnerável ao mesmo tempo. A idéia de ser um bebê ‘diferente’ se manteve na mente da mãe. As representações dela como mãe se afirmaram em torno de mais atividade na busca de ajuda para as necessidades do filho, e muita dedicação nos seus cuidados durante a hospitalização. O medo da perda do filho persistiu, porém, paralelamente, percebeu-se evidente a esperança na evolução de Jota.

A quinta fase envolveu o período da décima terceira à décima quinta sessão. Foi um momento marcado por uma importante oscilação emocional de Camilla. Primeiramente, mostrou-se extremamente contente e otimista quando à evolução do filho, chegando a ressurgir, com bastante força, uma visão idealizada do bebê, através da idéia dele trabalhar na NASA. Em seguida, ela comentou que, quando adolescente, pensava em cursar essa profissão.

O desejo de que os filhos preencham os vazios dos pais tem sido discutido desde Freud (1914/1969). Em a *Introdução ao Narcisismo*, referiu que o comovedor amor parental não é outra coisa senão o narcisismo ressuscitado dos pais. Cramer e Palacio-Espasa (1993) comentam o quanto o bebê pode ser visto sob uma ótica alienante, isto é, independente do seu verdadeiro eu, prestando-se somente à satisfação de seus genitores.

No entanto, apesar de idealizada, as expectativas maternas de Camilla também significavam que ela estava vislumbrando um futuro para o filho, sinal de investimento e esperança. Camilla pareceu bem empolgada com a maneira positiva que Jota estava reagindo logo após a cirurgia, e que o “*o primeiro passo*” seria engordar suas pernas. E comentei que, se estava falando num primeiro passo, é porque existiam outros tantos vindo por aí, visando reforçar a esperança e a necessidade de estímulo. Nesse momento, me mostrava como o filho já estava com as pernas mais firmes, querendo caminhar. Talvez, essa fosse a nossa história também, estávamos caminhando, apesar das tantas dificuldades. Quantos momentos eu mesma, sua terapeuta, já tinha passado junto dele. Acredito que minha emoção em vê-lo se

esforçar para ficar em pé vinha daí, lembrava dele na UTI há duas semanas. Que força de viver, eu pensava!

Porém, na semana seguinte, a família teve a luz cortada da residência, por falta de pagamento. E isso metaforicamente cortou a luz interna de Camilla e a sua possibilidade de 'enxergar'. Demonstrou vontade de morrer, ou melhor: eu diria, de receber uma alta dose de atenção e de evitar o término do tratamento, cuja previsão era para dali a algumas semanas. Pode-se pensar que, após um período recente de muita atenção e dedicação com a cirurgia, Camilla entrou num estado de exaustão emocional, o qual vinha sendo superado pelo sucesso do procedimento e pelos evidentes ganhos de Jota. Porém, o corte da luz talvez tenha significado a volta às instabilidades constantes da vida de Camilla, remetendo-lhe também que logo teria que lidar com isso novamente sozinha, pois a separação comigo seria em breve. Eu já tinha percebido a necessidade de chamar a mãe de Camilla na sessão, tanto para avaliar a realidade do apoio recebido, como para abrir um espaço para trabalhar as eventuais representações patológicas que estavam impedindo a aproximação das duas. Assim, este incidente foi só mais um motivo para eu decidir chamá-la naquele momento. Na décima quinta sessão, Camilla se mostrou ainda bastante triste e paralisada, inclusive com relação aos cuidados de Jota, não o tendo levado ao médico para a sua consulta de revisão.

Em resumo, a quinta fase foi de oscilação da mãe entre recuar-se para longe do filho e se aproximar novamente, tentando exercer seu papel materno. A realidade externa de tantas dificuldades precisava ser enfrentada aos poucos.

A sexta e última fase foi marcada da décima sexta sessão à entrevista pós-psicoterapia. Nesta fase, o bebê foi visto como mais ativo, esperto e crescido, mas a vulnerabilidade se manteve, o que configura uma visão mais integrada do bebê, com potenciais e fragilidades. O medo da perda permaneceu, porém a mãe não sentia mais que isso a impedia de investir no filho no presente.

A literatura aponta que uma das razões que prejudica o estímulo e o investimento das mães no desenvolvimento dos filhos com malformação tem a ver com a ameaça constante de perdê-los. Assim, como já referido, elas mantêm, por vezes, o afeto suspenso até ter mais certeza da sobrevivência do bebê (Raphael-Leff, 1997). Em alguns casos, é realmente possível ultrapassar as dificuldades a curto ou médio prazo, assegurando a mãe de acreditar mais no filho e dedicar-lhe todo o seu amor e esperança. Porém, em outros, a realidade não é esta, como com Jota, que tinha uma malformação grave, com previsão de muitas cirurgias e um longo tempo de espera até que se pudesse ter um quadro mais estável. Desta maneira,

poderíamos pensar na dificuldade de Camilla em investir, uma vez que não sabia quando, nem se teria mais segurança. No entanto, ela parece ter conseguido aprender a conviver com o medo sem se ‘anestésiar’ em relação ao filho. Demonstrou em muitas verbalizações que, se o futuro era incerto, o presente parecia que não era, e por este ela ia lutar, reconhecendo que sua impotência não era tão atual como ela costumava sentir.

No início da décima sétima sessão, enquanto falava sobre sua satisfação de estar podendo contar mais com a mãe, Jota começou a se mexer, querendo engatinhar e ela se adiantou dizendo, orgulhosa, que essa já era uma de suas novas conquistas. Pode-se tomar esse momento como sendo de interação mais saudável, onde o que Camilla estava falando sobre ela mesma, mais movimento e evolução, Jota estava representando comportamentalmente. Ambos tinham conquistas para mostrar, tinham saído da estagnação e ‘engatinhavam’ em direção ao crescimento.

As representações maternas sobre o filho também envolveram uma idéia de evolução, confirmada pela avaliação médica, que indicava maior intervalo entre as consultas. E essa evolução vinha agora acompanhada da percepção e aceitação de seus limites (cansava durante os movimentos), o que demonstrou novamente a possibilidade de vê-lo de forma mais integrada. Sobre estes limites, Camilla estava tomando providências para superá-los. Assim, as representações maternas sobre ela mesma já eram de mais competência, acreditando que conseguiria um balão de oxigênio para Jota, evitando assim que ele cansasse tanto e pudesse se movimentar mais. Ficou clara uma postura bastante ativa na busca de recursos para o filho.

Muitas vezes, as mães com filhos que apresentam malformação acabam não investindo na evolução dos filhos, como se esta situação os destinassem aos limites e fracassos (Chess & Hobini, 1982). Assim, sentem que não há mais nada que possa ser feito. Os autores chamam esse processo de efeito cruzado de deficiências, quando as restrições podem estar mais associadas às representações da mãe - que acredita que ela e/ou o filho são definitivamente um fracasso - do que à malformação em si. Nesse momento, Camilla não estava mais aceitando com passividade as limitações de Jota, possivelmente por uma representação de mais valor sobre ela e sobre o filho, o que a fazia investir na sua melhora, comprando um balão de oxigênio, para tentar superar as seqüelas respiratórias da malformação. Pode-se pensar na psicoterapia simbolicamente representar este oxigênio que estava lhe permitindo ter mais força para reagir, alterando sua representação de um bebê sem condições para alguém com potencial. Porque, como diz Kamers e Baratto (2004), o significante é capaz de alterar a própria mecânica do corpo.

Nesse sentido, as representações ocupam um lugar de excelência na natureza da relação entre a dupla e em como a mãe vai investir e acreditar no seu filho. E, na penúltima sessão, Camilla mostrou que tinha abandonado uma crença importante em relação a Jota, a de que ele tinha herdado tudo de ruim que tinha dentro dela. Uma vez livrando Jota de suas projeções patologizantes, a mãe passou a representá-lo de forma mais real, verdadeira. Ele, agora, era um bebê com potenciais e com uma situação difícil, ao mesmo tempo. Pode-se pensar que isso só foi possível porque ela achava, agora, que também tinha coisas boas dentro dela para transmitir a ele.

Camilla agora sabia, um pouco mais, que existiam os dois lados nesta situação: o ruim, e o bom, o tranquilo e o difícil, o potencial e o limite. Porém, a representação de um bebê ‘diferente’ se manteve até mesmo na entrevista pós-psicoterapia. Podemos pensar que essa idéia foi uma constante em todo o atendimento e, ter se mantido não deixa de ser uma capacidade de enxergar isso, para poder conviver de forma mais congruente, com todos os cuidados especiais que demandava.

Em síntese, essa última fase se caracterizou pela representação materna de um bebê mais integrado, com potenciais e fragilidades. O medo da morte apareceu, porém sem impedir investimentos afetivos e físicos. As representações maternas de si mesma envolveram uma impressão de maior competência e atitudes mais ativas. Sentimentos de esperança e preocupação constante permearam o discurso da mãe. De forma geral, a evolução do tema *vida e crescimento* mostrou que a visão da mãe sobre o bebê passou de parcial (frágil ou idealizado), para mais integrada (vulnerável, mas com potenciais). A postura da mãe ficou mais ativa na busca de recursos e informações sobre a malformação. Os sentimentos maternos de medo, raiva e culpa puderam ser mais acessados e expressos, abrindo espaço para surgirem os de esperança.

4.2.2.Relacionar-se Primário

Em relação ao segundo tema, o *relacionar-se primário*, o material também foi organizado de acordo com algumas das fases de mudança ao longo do atendimento. A primeira fase compreendeu o período do primeiro encontro de avaliação à segunda sessão de psicoterapia, e se caracterizou por uma baixa tolerância da mãe em relação aos chamados e demandas do filho. Era nítido como Camilla queria o espaço da sessão só para si e, em alguns momentos, parecia até competir com Jota pelo olhar e atenção da terapeuta. Já, no primeiro

encontro de avaliação, por exemplo, ela reagiu rispidamente quando o bebê chorou solicitando sua atenção, revelando pouca disponibilidade para ele.

O exercício do papel materno requer a difícil tarefa que a mãe se desprenda de si mesma e possa se dedicar ao filho. Parte das suas necessidades e desejos acaba tendo que ficar em segundo plano, especialmente no início da vida do bebê (Maldonado, 1997). Ou seja, é necessário reservar um espaço psíquico para ‘emprestar’ mente e corpo ao bebê, permitindo, com isso, o seu desenvolvimento. Para tanto, a mãe tem que poder abandonar, em alguma medida, a sua condição de filha e poder assumir mais a de mãe. Camilla demonstrou bastante dificuldade nesse movimento, especialmente, porque apresentava ainda muitas carências e ressentimentos em relação aos seus pais, não conseguindo assim sentir-se preenchida o suficiente para se doar, pois ainda precisava muito receber.

Por outro lado, um ponto importante de conexão entre mãe e bebê foi que, mesmo entre poucas interações diretas, Camilla ressaltou o quanto se via encantada pelo olhar do filho e que, desde os quatro meses de idade, todos já comentavam essa sua beleza. Brazelton e Cramer (1992) apontaram para a importância da troca de olhares entre mãe e bebê. O olhar materno funciona como um espelho para o bebê, que ali se enxerga e se constitui psicologicamente. Além disso, sabe-se que o bebê é uma parte ativa na busca da relação com a mãe, pois traz consigo características pessoais que vão interferir em como ela irá recebê-lo dentro de si (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1999; Zamberlan, 2002). Jota dispunha de algo que encantava sua mãe, e não era qualquer coisa. O olhar é, geralmente, um cenário de um encontro verdadeiro e intenso. Isso poderia ser um elo de contato, mesmo com tantas outras dificuldades, mas por enquanto, parecia que Jota buscava mais sua mãe do que ela a ele.

No segundo encontro de avaliação, Camilla demonstrou que parecia saber decodificar os desejos e sentimentos de Jota, seus gostos e personalidade. Falou, também, de suas preocupações e do quanto sofreu logo que ele nasceu, de vê-lo no hospital, com baixo peso e com riscos sérios. Numa seqüência interacional interessante, enquanto falava dessas angústias, o bebê estava escorregando do colchãozinho da sala de atendimento e ela disse carinhosamente, que não o deixaria cair, que iria puxá-lo. Logo associei com o fato dela puxar ele para a vida, desde quando velava seu sono no hospital, sem conseguir sair dali, e vibrava com cada grama que ele ganhava. Essa era a parte de Camilla que investia no filho, que olhava para ele e tentava atender suas necessidades.

Porém, existia outra parte que se desligava de sua função materna e ficava muito absorva em si mesma, como quando não conseguia atender às necessidades de Jota. Isso foi,

em parte, compreendido no segundo encontro de avaliação, no sentido de que ela estimulava os filhos para se tornarem independentes dela, para se virarem sozinhos. Em um momento desse encontro, enquanto Camilla frisava com orgulho que seus filhos eram independentes e não tinham ‘frescura’, Jota chorou, ao que ela respondeu bastante irritada, dizendo que ele estava fazendo fiasco e que ia lhe dar uma chinelada. Estávamos diante de uma SIS (Sequência Interacional Sintomática), conforme Cramer e Palácio-Espasa (1993), isto é, Camilla acabava de atualizar na interação a sua dificuldade em receber as necessidades do filho e a sua dependência dela. Cacilhas (1993) aponta que cabe à mãe, além do papel de ser continente para o seu bebê, expô-lo a novos comportamentos, antecipando novas aquisições maturacionais, sem se desprender das necessidades e possibilidades dele. Mas Camilla não estava conseguindo, em alguns momentos, conter e nem estimular Jota a este novo. Esse choro, por exemplo, esse chamado, talvez naquele exato momento, estivesse contradizendo a independência que ela estava valorizando.

Diante disso, questionei Jota sobre o que houve, se estava triste e também se queria conversar, tentando dar uma conotação de comunicação ao choro dele e não de fiasco ou incômodo. E ele se acalmou e sorriu. Nesse momento, falar com Jota me pareceu um jeito delicado de mostrar a Camilla uma outra forma de escutar o filho. Cacilhas (1993) recorre à idéia de que falar é fazer coisas com palavras e que fazer também é falar. Ela acrescenta que as experiências emocionais corretivas de um tratamento não estão baseadas no manejo do terapeuta, mas na sensibilidade e na responsividade a uma gama de emoções. Mais uma vez, me vali do que eu estava sentindo para simbolizar o material da sessão, acreditando que, falar com Jota, fosse acessar com mais competência o afeto de sua mãe, e a disponibilidade para tentar compreendê-lo.

Assim, Camilla foi me contando, nesse segundo encontro, que deixava nas mãos de Jota seu desenvolvimento motor, não o retirando muito do berço para estimular seu tônus e, com os outros filhos, mantinha frutas à disposição deles para que se alimentassem por conta própria. Aos poucos, fomos compreendendo que essa postura tinha por detrás um medo seu de morrer e deixar os filhos desamparados e que, se eles soubessem se cuidar, não sofreriam tanto.

Nesse momento, mostrei que a maneira dela de se relacionar com os filhos poderia estar representando seu temor pessoal. A dependência física e psicológica do bebê era a preocupação central de Camilla. É o que a deixava no “estado de preocupação materna primária”, descrito por Winnicott (1956/2000), no qual a mãe tende a se desligar, do mundo

externo e se conectar às necessidades do bebê, como se fosse uma doença esperada para este período. Ou seja, tomando contato com uma condição de dependência máxima, vai, no decorrer do desenvolvimento, paulatinamente, se direcionando para uma maior independência. Barandon (2002) se reporta à dificuldade da mãe de tolerar a dependência do filho, como um reflexo do medo de lidar com suas fragilidades, inseguranças, e necessidades infantis. Repudiando a dependência do bebê, também negava a sua, não tendo que acessar suas dores e seu medo da desintegração. Camilla precisava acreditar que ela era forte e eles também, assim ninguém sofria com a falta de mãe, o que era uma inverdade.

Essa concepção de independência já existia na mente de Camilla, segundo ela, desde muito pequena, quando saía pelas ruas já preparada para se perder, sabendo o nome completo da mãe, pai, local de trabalho, etc. Pode-se pensar que a ameaça de perder e de se perder era constante na história de Camilla e, talvez, esse temor tenha se intensificado diante da malformação de Jota. Agora se tratava de algo real, que de fato impunha um risco concreto. Dias (2006) chama atenção que a malformação introduz uma ameaça real de algo que, antes podia ser somente imaginário e, portanto, ajuda os medos a tomarem forma e corpo.

Uma vez reconhecidos com Camilla esses sentimentos de medo da perda e, por conseguinte, da dependência, passei a mostrar a importância da sua presença na vida de Jota e do seu estímulo, tendo que recorrer, inclusive, a interações diretas minhas com ele para servir como modelo. Com estas, pude ilustrar, com evidência, que ele desejava muito ir em frente e usufruía o estímulo para isso, e que precisava de ajuda. Por exemplo, Jota resmungou querendo ficar mais em pé no colchão e Camilla disse para ele que não dava para segurá-lo assim, pois ele não conseguia parar. Observei que era nítida a vontade dele em se firmar e logo senti uma agonia de querer ajudar. Pensei que ela tinha que poder fazer isso pelo filho, mas talvez fosse cedo para aceitar essa dependência e o limite dele. Resolvi usar minha observação, meu sentimento e pensamento, e a interação que estava ali na minha frente e lhe apontei que, talvez, ele precisasse de ajuda, pois deitado, ele não conseguia se fortalecer. A mãe tentou, mas comentou que ele não conseguia, me mostrando, ao segurar ele, que ele caía. Naquele momento, compreendi que eu precisava tolerar seu tempo e seu limite para que ela pudesse fazer isso também com Jota. Seguindo Barandon (2002), senti que precisava aproveitar o *setting* psicoterápico para visitar o passado de Camilla e alterar a rota repetitiva que estava se estabelecendo com Jota. Assim, me aproximei e peguei ele nas minhas mãos, obrigando-o, com ajuda, a tentar levantar. Ele ficou vermelho de tanta força que fazia. Aquela era a sua força de querer crescer, de querer conseguir. Foi então que disse a ela, no mesmo

momento em que o segurava e ele se esforçava para sentar, o quanto aquilo estimulava Jota; ao que ela respondeu que queria ver seu filho sentado e também engatinhando, me explicando o quanto era difícil tolerar as restrições dele, que nem lhe dava vontade de investir para não ter que ver as dificuldades, ou o seu medo de perder.

Nesse sentido, Ruschel (1994) aponta que os bebês com cardiopatia quando vão descobrir o mundo, engatinhar, andar, podem se ver tolhidos por suas mães, que podem não tolerar tanto a ameaça deles se machucarem ainda mais, como a decepção de seus fracassos. E para ela, é isso que vai definir seus desenvolvimentos, mais do que o quadro clínico em si.

Podia ter mostrado isso para ela, e trabalhado a sua ferida narcísica, porém confesso que eu estava tão absorva à força de vida daquele menino que, imediatamente, não consegui fazê-lo. Me ative em seguir enfatizando a sua gana e potencial, que precisavam de ajuda para despontar. Agora, podemos questionar qual teria sido o melhor caminho? Interpretar a dor, a ferida ou mostrar a vida e a necessidade do outro, sem susto. Talvez nunca vamos saber com precisão. Porém, me recordo de uma idéia de Bion (1976/1992), que nos diz que é importante que o terapeuta se utilize da sua intuição para que suas intervenções possam fazer mais eco e sentido para o paciente. Ele precisa estar ligado emocionalmente com o paciente, caso contrário, por mais inteligente e corretas que sejam as interpretações e compreensões, estas vão se esvaziar no campo psicoterapêutico. Eu me sentia conectada de verdade e foi por este caminho que, naquele momento, consegui seguir. Nem parecia haver outra opção.

Percebe-se, então, que os medos de perdas de Camilla podem ter se associado com os riscos reais de Jota. Esse filho representava concretamente a possibilidade de que suas fantasias de perdas, já tão antigas e apavorantes, se tornassem realidade. Para a identidade materna, Santos (2005) ressalta que um bebê com malformação pode reatualizar o que é deficiente na história da mãe, o faltante, ao invés de representar, como uma criança sem problemas, uma chance de reparação. Talvez, Jota significasse essas dores e perdas da vida de Camilla e nós precisávamos naquele momento abrir uma porta para (re) significar.

Assim, depois que me ofereci formando um par de dependência com Jota, segurando suas mãos e, de alguma maneira, com ela também, acolhendo suas dificuldades e medos, Camilla passou a incluir mais o filho na sessão e a atender menos irritada suas solicitações, tentando, inclusive decodificar seus incômodos. Porém, essa postura não durava muito, pois não suportava todo o tempo a dependência do filho e acabava oscilando entre poder atendê-lo e desprezar suas necessidades. Esse movimento oscilatório poderia estar correspondendo ao próprio movimento oscilatório de aceitação do filho. Pode-se pensar que a malformação de

Jota pudesse perturbar Camilla também por tornar a relação deles de maior dependência, uma vez que o filho constantemente exigia cuidado e proteção. Essa irritação e até negligência apareceu com os outros filhos, em situações que eles ficavam doentes, como com Ana Paula, que foi levada ao médico bastante tempo depois de já estar com vários sintomas hepáticos.

Paradoxalmente, Camilla parecia aceitar muito bem a dependência comigo, sua terapeuta. Isso é compreensível se pensarmos que suas carências infantis estavam sendo revividas ali, e, portanto, ela, menina pequena, estava transferencialmente ligada à terapeuta-mãe, cuja atenção queria só para si. Ela precisava viver a dependência comigo para aceitar a dependência de seus filhos.

Assim, era por esta via, do vínculo e até da dependência dela em relação a mim, que pude tentar re-significar junto com ela os chamados de Jota. Enquanto ela os interpretava como chatos e 'fiasquentos', eu mostrava que estes talvez fossem uma forma de comunicação, que ele também queria conversar, só que esta era a linguagem dele. Aos poucos, ele ia se acalmando e pareceu que ela passava a seguir minhas intervenções como modelo, apesar disso não se sustentar ao longo de toda a sessão, pois, em alguns momentos, voltava a ficar novamente irritada com o filho.

Um dos aspectos salientados pela mãe foi em relação ao quanto sentia prazer em estar com Jota quando se tratava de momentos ligados à saúde, como alimentá-lo, passear e brincar. Por outro lado, sentia-se muito impotente e frustrada quando envolvia a malformação, como estar no hospital ou vê-lo sentir dor. Pode-se pensar que estas atividades lembravam uma criança normal e, por essa razão, eram tão prazerosas para Camilla. É como se, nesses momentos, ela pudesse sentir mais saúde na relação deles.

Percebeu-se, ainda nesta fase, um início de maior disponibilidade de Camilla para Jota, mas foi nítido que isso só acontecia depois que ela se sentia suprida na sessão. Diferente de antes, que cabia a mim mostrar a presença de Jota, ela o incluiu, depois de ter falado sobre si, espontaneamente na conversa. Essa situação já não se manteve assim na primeira sessão de psicoterapia, o que denota uma oscilação na maneira com que Camilla atendia ao filho. Nessa, ela conseguiu aceitar a inclusão dele, porém com a minha ajuda e, também somente após ter se aliviado de suas angústias a respeito do homem em quem estava interessada.

Isto me lembrou as idéias de Bion a respeito da teoria do pensamento (Zimmerman, 2004b). Bion ressalta que a presença de conteúdos de angústia e ainda sem nome, chamados por ele de elementos β (beta), produzem um estado confusional e tóxico no psiquismo, que não discrimina interno de externo, realidade de fantasia, consciente de inconsciente. Estes

precisam da capacidade de pensar (função alfa) para transformá-los em elementos α (alfa), isto é, numa barreira de contato que exerce a discriminação, impedindo invasões de um lado para o outro e promovendo um estado psíquico mais equilibrado. Cabe à mãe, em um primeiro momento da vida, assumir essa função alfa, através de uma postura continente que desintoxica o bebê de suas angústias (elementos beta), e nomeia suas sensações e experiências emocionais, e ajuda-o a digerir, devolvendo-lhe mais tranquilidade (elementos alfa). Camilla apresentava uma falha nessa capacidade de pensar, ou como diria Bion, em seu ‘aparelho para pensar pensamentos’ (Zimerman, 2004b), o que a deixava invadida de elementos beta. Para poder cuidar de Jota, ela precisava, primeiro, que eu, terapeuta, assumisse essa função de digerir suas angústias, transformando-as em elementos alfa e, assim, promovendo maior espaço para que, agora sim, ela fizesse esse caminho com seu filho.

Em suma, na primeira fase do tema *relacionar-se primário*, Camilla se mostrou pouco disponível para atender o filho, precisando mais do espaço da sessão para si mesma. Aos poucos, na medida em que ia se sentindo mais ‘abastecida e desintoxicada’, parecia também poder se doar mais a Jota.

A segunda fase compreendeu o período da terceira à sétima sessão de psicoterapia e se caracterizou por solidificar um pouco mais a disponibilidade psíquica de Camilla para Jota, já percebida no final da primeira fase. Além disso, observaram-se atitudes de cuidado e afeto com o filho, embora com receio de estimulá-lo. Camilla passou, também, a interagir mais espontaneamente com Jota, mas ainda depois de se sentir aliviada na sessão.

Na terceira sessão, após ter falado bastante sobre suas preocupações, passou a naturalmente ajudar Jota com os brinquedos ou ajustando ele melhor no colchãozinho, mesmo ele estando dormindo, e, portanto, não solicitando ativamente sua atenção. Mais uma vez, recorremos aos pensamentos de Bion sobre continência (cf. Zimerman, 2004a), que nos mostram a equivalência do modelo boca-seio, bebê-mãe e analisando-analista, isto é, aqui paciente-terapeuta. Camilla podia conter e atentar mais para o filho depois de se sentir contida pela terapeuta, pois antes estava intoxicada com suas angústias e não dispunha de espaço psíquico livre e sadio para exercer o seu papel materno.

Esse movimento foi, no decorrer desta fase, mais natural ainda, até o ponto de Camilla manter Jota no colo toda a sessão, pois ele estava meio ‘enjoadozinho’. Nesta mesma ocasião, apareceu o brinquedo do *fort-dá* e ela, agora, mostrou-se aberta para compreender o significado psíquico que eu estava apontando, entendendo comigo que o filho não atirava os brinquedos por mal-criação.

Freud (1920/1969) descreveu o brinquedo do *fort-dá* como sendo um movimento que expressa o ir embora e o reaparecer da mãe. Ele observou isso em seu neto, que viveu na sua casa por alguns dias. Ele brincava com um carretel de madeira que tinha uma corda amarrada a sua volta e, em nenhum momento, lhe ocorria puxar o carretel atrás de si, ou fazê-lo de carro, e sim jogar o objeto para a borda da cama fazendo-o desaparecer, dizendo “oooó” (representante da palavra alemã *fort* que significa ir embora) e, logo puxar, com um largo sorriso, fazendo-o reaparecer, dizendo “dá” (significa ali). A partida da mãe parecia ter que ser encenada, com vistas a elaborar e, ilusoriamente, torná-la passível de seu controle, pois podia fazer reaparecer a hora que quisesse. Essa encenação precedia o seu alegre retorno, onde presidia o verdadeiro propósito do jogo. Tentei mostrar essa dimensão no brinquedo de Jota, para que Camilla pudesse acolhê-lo, se mostrando disponível em ajudá-lo nessa elaboração.

Apesar de parcialmente aberta para compreender a importância do jogo que estávamos brincando nesta sessão, o receio em estimular Jota seguiu presente nos comportamentos de Camilla nessa segunda fase. Embora ele demonstrasse que queria evoluir, queria conseguir sentar, ela não se aproximou dele, nem tentou auxiliá-lo por iniciativa própria. Pareceu não acreditar que isso seria possível, apesar de eu apontar o esforço que Jota fazia e que o deixava até mesmo vermelho de tanta força que fazia para sentar.

Pode-se pensar que era difícil para ela investir no filho uma grande carga de afeto e cuidado e, talvez, não ter o retorno esperado. Stern (1999) nos fala a esse respeito quando aponta que, diante da impossibilidade de ter idéias sobre o futuro, instaura-se uma dúvida na mãe em investir e se vincular ao filho, temendo, sempre, o fracasso e a perda. Em suma, a segunda fase mostrou uma postura ainda de receio da mãe em investir e estimular o filho, mas uma maior disponibilidade em atender suas necessidades.

A terceira fase incluiu a oitava e a nona sessão, e se caracterizou por uma postura protetora de Camilla com Jota, além de bastante afetiva. Mostrou-se também muito preocupada e insegura quanto ao futuro do filho, com muito medo de perdê-lo, já que ele havia sido submetido ao cateterismo. Apareceram sentimentos de culpa por acreditar que deveria dar mais de si para Jota.

Na oitava sessão, Camilla relatou que estava bastante indignada ao ver uma mãe no hospital que não reagiu de maneira pró-ativa para salvar o filho que estava tendo uma parada cardíaca. Com esta verbalização, ela estava mostrando que se via envolvida numa luta ferrenha pela sobrevivência do filho, e que não podia ficar passiva frente às dificuldades. Pode-se pensar na sobrecarga que estava sendo manifestada, pois não era permitido a ela

‘descansar’ nunca, porque isso podia significar um sentimento de não ter atendido o filho. A exigência que demonstrava sentir com aquela mãe correspondia à exigência que tinha com ela mesma, tanto que, mais adiante na sessão, se disse culpada por não se sentir permanentemente conectada com as necessidades de Jota. Mostrei a ela o quanto isso era impossível pela dor que representava estar sempre conectada com a situação. E que, agora, talvez estivesse sendo mais possível, pois me sentia estando junto com ela nessa luta tão árdua, visando, com isso, aliviá-la o sentimento de culpa e reforçar a aliança terapêutica.

Viana et al. (1994), ao estudar os aspectos psicológicos da relação mãe-filho com malformação, apontaram que um dos sentimentos que parecem nunca esgotar é a culpa materna. Esta, já começaria desde antes da relação em si com o filho, e se dá frente às outras pessoas, por não se sentir correspondendo às expectativas sociais. Já com a criança, essa ocorreria a partir de uma crença em um sangue ruim, ou de um sentimento de incapacidade de reparar aquele mal.

Mesmo Jota não estando presente na nona sessão e, portanto, podendo utilizar todo o espaço para si, como já tinha feito anteriormente, Camilla falou no filho e contou sobre estar fazendo um diário para registrar tudo que se passava com ela em relação a ele. Talvez, ela estivesse querendo deixar gravada a história do filho, a história de ambos. E como sabia que o futuro era incerto, precisava de um recurso externo. Pode-se lembrar as idéias de Stern (1997), que diz que fica difícil para os pais construir e atualizar uma representação mental do filho, uma vez que não sabem o que vai acontecer prospectivamente no seu desenvolvimento. Esse processo é chamado por ele de vácuo representacional e deve ser evitado através de intervenções psicoterápicas. Talvez, o diário significasse justamente o representante de um espaço mental, que agora podia nomear o antes inominável, descrevendo a história com o filho, e o representando psiquicamente. Em suma, a terceira fase revelou bastante afetividade e mais atividade da mãe em relação ao filho. Ela mostrou-se também culpada em não poder provê-lo em suas necessidades.

A quarta fase englobou somente a décima sessão. Caracterizou-se por um momento de grande desconexão, pois Camilla quase não se dirigiu ao filho durante toda a sessão. A mãe não conseguiu se mostrar tolerante e aberta às necessidades de Jota porque estava demonstrando as suas carências e as suas necessidades para a terapeuta. Pareceu estar próxima ao comportamento que costumava ter no início do tratamento. Nesse momento, precisava ser mais cuidada e amparada para, então, depois poder cuidar. Pode-se pensar que as razões para tal regressão residiam no fato de que Jota seria submetido a um procedimento cirúrgico de

risco em alguns dias. Possivelmente, Camilla estava precisando se defender do extremo medo de perder o seu filho.

A quinta fase compreendeu o período da décima primeira à décima terceira sessões, que sucedeu à cirurgia. Assim, Camilla mostrou-se extremamente dedicada e afetiva com o filho, conseguindo tolerar mais a dependência e a necessidade de cuidado dele, apesar de temer muito perdê-lo. Passou a estimulá-lo com mais facilidade, aceitando seus limites.

O clima da décima primeira sessão foi de muita angústia devido à cirurgia de Jota. O tema da vida e da morte rondava o discurso da mãe, bem como o medo de não conseguir ser boa o suficiente para cuidá-lo. Apesar dessas dificuldades, ou justamente por poder verbalizar isso, a mãe se mostrou envolvida emocionalmente com Jota, dedicando-lhe completa atenção e muito carinho. Procurei reforçar a importância vital da sua presença e do seu investimento para o filho naquele momento, visando valorizar sua capacidade de doação em relação a ele. Percebeu-se Camilla podendo exercer, com mais facilidade, seu papel materno, abdicando das suas necessidades para atender Jota.

Nesse período pós-cirúrgico, ela mostrou-se bastante tolerante com a dependência do filho, pois o colocou para dormir com ela, para poder assim atendê-lo com mais qualidade e poder descansar, pois caso contrário, com ele longe, disse que nem conseguia cochilar. Realmente, parecia um momento de maior aceitação dela com relação a ele, com toda a bagagem de cuidados que demandava. Pois, ao mesmo tempo em que tolerou a dependência, passou também a estimulá-lo, colocando-o na cama e ajudando ele a dar 'passinhos'. Camilla pareceu que estava sentindo 'os passos possíveis' de Jota, apropriando-se, sentindo-o como filho.

É preciso a mãe aceitar o filho como seu para, então, lhe dedicar o cuidado e a atenção próprios de uma mãe. Schorn (2002) chamou atenção que, no contexto de malformação, essa aceitação pode ser lenta e difícil, na medida em que reconhecê-lo como filho, implica em aceitar seus próprios limites. Pode-se pensar que Camilla estava vivendo este processo de aceitar a malformação, aceitar que a malformação estava presente em Jota, que ele era seu filho e que ela era sua mãe. Apesar de semelhantes, eram passos distintos, que pareciam estar sendo vivenciados por ela, aos poucos.

Discorrendo a respeito das deficiências sob a ótica Winnicottiana, Amiralian (2003) aponta que a pessoa com uma deficiência congênita tem experiências somáticas peculiares, pois entra em contato com o mundo a partir de seu aparato sensorial, que já carrega essa marca. Ou seja, seu psiquismo se constitui a partir da deficiência, sendo esta, portanto, uma

condição estruturante. É diferente de alguém que adquire depois algum tipo de deficiência ou doença. A autora entende que é parte da natureza da pessoa, da identidade dela e, assim, ela deve ser aceita. Não se vê como portadora de algo, ela é assim. Parece, por um lado, uma visão rígida ou preconceituosa, mas por outro, realista, no sentido de considerar essa diferença como passível de ser aceita. Amiralian salienta que a mãe de um bebê deficiente deveria se sentir dessa maneira, para poder assim genuinamente aceitá-lo como ele é, sem deixar de transpor as dificuldades impostas pela condição, mas ao mesmo tempo, não querendo apagar uma marca indelével. Ela cita uma idéia de Winnicott que diz que, tal como o ser humano começa, assim tem de ser aceito, e amado. É uma questão de amar sem sanções.

Para Amiralian (2003), sob a ótica Winnicottiana, a função do ambiente é oferecer as condições necessárias de interação que permitam surgir um emergente, um indivíduo que faça valer seus direitos e sua verdadeira identidade. E, para isso, qualquer que seja o potencial herdado para o desenvolvimento, este só vai acontecer pelos cuidados amorosos de um cuidador, preferencialmente, a mãe. E acrescenta que um desenvolvimento saudável significa a realização plena de si mesmo e de suas possibilidades. Para tanto, é necessário ser aceito pela mãe como se é, para que então essa verdadeira identidade tenha forças para a constante superação e busca pela evolução. A quinta fase mostrou, então, aproximação de Camilla em relação a Jota, além de mais tolerância e aceitação do contexto e dele como sendo seu filho.

A sexta fase envolveu a décima quarta e a décima quinta sessão, e se caracterizou por um retorno a uma postura de desconexão de Camilla em relação a Jota. Ela estava envolvida consigo mesma, suas tristezas e angústias, e parecia não conseguir se disponibilizar psicologicamente para atender às necessidades do filho. O olhar de Camilla revelava esta condição, pois era vazio e vago, não direcionado a ele, nem a ninguém. É importante salientar que essas oscilações podem ser compreendidas como inerentes ao processo psicoterápico, a uma construção verdadeira.

A sétima e última fase englobou o período da décima sexta sessão à entrevista pós-terapia. Caracterizou-se pela volta de atitudes de cuidado, afeto e estímulo por parte de Camilla em relação ao filho.

Logo no início da última sessão, a mãe já incluiu Jota, por iniciativa própria, na conversa. E, naquele dia, tinha um motivo especial, se despedir de mim. Por essa razão, essa atitude tinha muito valor, ela não estava querendo, como antes, todo o espaço para si, mesmo sendo o último dia da psicoterapia.

Mãe e filho, cada um a seu modo, estavam aprendendo a explorar o mundo, a vencer os obstáculos e a caminharem, primeiro com auxílio para, então, caminharem sozinhos. Jota mostrando sua vontade e esforço para começar a caminhar e podendo contar com a ajuda de sua mãe, e Camilla também buscando ajuda, voltando para a casa da mãe, e conseguindo, assim, se sentir mais forte.

O momento da despedida, apesar de difícil, foi bastante emocionante no que diz respeito à relação dos dois. A mãe introduziu o assunto para mim, incluindo Jota de maneira não invasiva e lúdica, através de um palhacinho de pano. Disse que ele ia dormir e tinha que dar tchau. Decodifiquei, dizendo que ela estava falando da gente, da nossa despedida. Jota começou a chorar, revelando a dor da separação de todos nós.

No encontro pós-psicoterapia, Camilla contou que estava sentindo, cada vez mais, os efeitos da estimulação que vinha fazendo com Jota, demonstrando uma postura mais ativa e esperançosa com o filho. No entanto, a atitude de superproteção ainda ficou evidente, o que nos faz pensar que pode perdurar na relação deles.

A mãe se viu feliz com as aquisições do filho, satisfeita e vibrante, além de capaz de tolerar seus tombos, ajudando-o a se levantar e lhe dizendo para seguir adiante. Em suma, o tema *relacionar-se primário* apareceu na relação de Camilla e Jota com notável evolução ao longo da psicoterapia. A mãe se mostrou paulatinamente mais empática e psiquicamente disponível para o filho. Foi evidente, também, uma maior tolerância dela à sua dependência e, conseqüentemente, uma postura mais estimuladora ao desenvolvimento dele. A atitude de superproteção se manteve em alguns momentos como parte da relação, embora também apareceram oscilações ao longo do atendimento.

4.2.3. Matriz de Apoio

A primeira fase do tema *matriz de apoio* compreendeu o período entre o primeiro e o quarto encontro de avaliação. Nesse momento, Camilla referiu se sentir muito desamparada e sozinha, tanto por seu marido como familiares, inclusive no momento do parto. Esse sentimento já era antigo na vida de Camilla e pareceu novamente relacionado aos pais dela, de quem ela tinha muita mágoa pela falta de apoio recebido. Nesse sentido, ficou evidente para mim, desde o início, a necessidade dela de ser olhada e cuidada. E o quanto isso se revertia, em algumas situações, numa postura mais passiva, esperando que os outros fizessem por ela e, assim, ela se sentisse importante. Camilla chegava a confundir de quem eram as responsabilidades, funcionando, às vezes, como adolescente e filha, e não como adulta e mãe.

Chegou a reclamar, no terceiro encontro de avaliação inicial, que os pais não lhe pagavam o anticoncepcional que usava. Ficou claro seu desejo de que seus pais, nem mesmo seu marido, lhe custeassem a sua contracepção. Podemos pensar no simbolismo desse desejo, como se a parte mulher não pudesse ser bancada por ela ou por seu companheiro.

A satisfação em ser cuidada era tanta que, no momento em que rompeu a bolsa para ganhar os gêmeos, Camilla não foi ao hospital, pois não queria ir sozinha, esperando por alguém para levá-la. A vida dos filhos ficava em segundo plano em relação a si mesma, ao quanto precisava de uma companhia. A prova está que a sua descrição da ida ao hospital foi extremamente detalhada. Ela contou rindo e demonstrando muito contentamento, mais do que quando relatou o momento do parto, quando acabou salientando a solidão. Mostrei para ela, o quanto sua atitude de não ter ido antes para o hospital podia significar essa vontade/necessidade de ser levada, a fim de, aos poucos, ir compreendendo com ela a real intenção e/ou motivos dos seus abandonos consigo e com os filhos.

Não podemos deixar de salientar a ausência da mãe de Camilla que, mesmo tomando conhecimento sobre a situação em que a filha estava, não se deslocou para perto dela, delegando à avó essa tarefa. Camilla repetiu como mãe o que fez sua mãe, se colocar em primeiro lugar diante dos filhos. Essa repetição de modelo tende a ser muito intensa. A mãe tende a trazer para a sua relação com o bebê as experiências que teve com sua própria mãe e com outros cuidadores do passado, e também do presente (Barandon, 2002). Um estudo recente demonstrou que as mulheres, que apresentavam uma relação mais conflituosa com a sua mãe, tendiam a estabelecer um vínculo mais comprometido com o filho, além de representá-lo psiquicamente de forma mais distorcida (Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox, 2007). Camilla parecia estar revelando essa vivência, uma relação difícil com a figura materna, na qual se sentia em segundo plano, e uma repetição agora com os filhos, inclusive com Jota.

Essa experiência tão primitiva de relação falha com a mãe, possivelmente, tenha marcado a constituição psíquica de Camilla. Pode-se supor que algumas dessas marcas estejam ligadas ao desenvolvimento de traços histriônicos, nos quais, segundo Nogueira (2005), o apelo pela atenção acaba sendo o maior objetivo da pessoa. Isso era evidente e constante em Camilla. Vale lembrar o presente que ela me deu no segundo encontro de avaliação, as esculturas de gesso que, embora tenham representado uma forma de agradecimento pela continência e apoio sentido, me pareceu também uma necessidade de me agradar e, quem sabe, ser ainda mais olhada. Lembro de me sentir, além de grata,

constrangida, tentando procurar um significado e um contexto naquele presente, já que era tão precoce. Talvez, esse meu sentimento contratransferencial nos aponte o ‘buraco’ interno de Camilla, um desespero de receber atenção, fruto de suas vivências infantis, agora atualizado na relação comigo e também com seus filhos, quando não conseguia assumir seu papel de forma constante e ativa. Ela me parecia, muitas e muitas vezes, uma menina frágil precisando de cuidados. Assim, desde então, eu me questionava sobre a falta real de apoio recebido ou a falta fantasiada e maximizada diante de suas carências infantis. O que eu podia ajudá-la a resgatar, a construir ou a enxergar?

O que ficou claro, para mim, era que tínhamos que estabelecer ali uma relação diferente, onde ela pudesse se sentir apoiada para explicitar todas as suas faltas e sentimentos, contando comigo para contar de si. E só assim, aos poucos, iríamos discriminando juntas qual era a sua parte nesse afastamento de seus pais, na falta de ajuda de seu marido, enfim, na sua solidão, e o que poderíamos fazer com isso.

Ajudada pelo *setting* terapêutico, procurei me oferecer como um objeto disponível e constante, cuja função era exatamente dividir com ela a carga de sofrimento que carregava, pois assim, ela teria a chance de se ver menos como um peso. Era notável que ela se percebia assim, um peso para as pessoas e, por isso, também se recolhia, não pedindo ajuda. O peso talvez tivesse relacionado com o tamanho do ‘buraco’ que ela sentia, a ‘fome’ psíquica era grande. Talvez Camilla temesse, inconscientemente, pedir ajuda para não transbordar toda aquela falta e, assim, sentir extrema frustração, caso não atendida. Já que, de alguma forma, ela transmitia que não lhe fora dada a segurança de ser atendida emocionalmente. Desta maneira, se resguardava na solidão, cheia de ressentimentos, mas inerte.

O *setting* psicoterápico e/ou analítico caracteriza-se justamente por ser uma ‘moldura’ que organiza o transcurso do tratamento. Por sua delimitação de dia, hora, tempo de sessão, frequência, local e todos os procedimentos da técnica psicanalítica, representa uma idéia de constância e continência, abrindo espaço para o transbordamento das angústias, medos e sofrimentos dos pacientes. Conforme Pechansky (2005), o *setting* é um espaço dinâmico a serviço do bom andamento da psicoterapia, um ambiente que favorece um encontro verdadeiro e seguro. Era esse espaço que eu tentava mostrar a Camilla, um lugar onde ela pudesse ter menos medo de pedir, de contar, e assim aproveitar minha função terapêutica para ir resignificando, ainda que sutilmente, algumas vivências e sentimentos tão dolorosos. Quem sabe se ela pudesse me mostrar ‘sua fome’, alguns momentos, voraz, sem que eu me afastasse,

como em geral sentia que acontecia na relação com sua mãe, ela passaria a ter um pouco menos de pavor em pedir ajuda.

Pode-se pensar, também, que ficar inerte a deixava na posição de filha passiva que queria receber, sem ter que abandonar essa esperança. Pois, caso se desse conta de suas responsabilidades, estaria desistindo de alimentar essa Camilla menina, abandonando os pais da fantasia, tendo que encarar a adultez e, com isso, os pais da realidade. Em uma situação do terceiro encontro de avaliação, quando ela deixou de levar a filha ao médico também em função das filas do posto de saúde, tentei mostrar que, por detrás daquele abandono com a filha, poderia haver esse desejo de ser cuidada e que, nas situações extremas com que se deparava, como frente a doenças graves, a esperança aumentava. Assim, já procurava pensar com ela, ainda que devagar, no ganho secundário que poderia estar presente em algumas situações da sua vida, como não ir ao posto de saúde esperando, com isso, que seus pais sentissem pena e lhe levassem ao hospital e/ou lhe pagassem um plano de saúde.

Sobre ganho secundário, Freud (1917/1969), em sua *Conferência sobre o Estado Neurótico Comum*, nos aponta que se refugiando na neurose, o ego obtém um certo ganho proveniente da doença e que, em algumas circunstâncias da vida, isso se acompanha, ademais, de uma apreciável vantagem *externa* que assume um valor real maior ou menor. Segundo ele, isso não traz só vantagens para o ego, pois lhe causa sofrimentos e privações importantes; porém, é como se o paciente não encontrasse outra maneira de obter o que precisava. Pode-se dizer que é quase uma forma de sobrevivência psíquica. Camilla procurava obter um ganho secundário de atenção através de uma postura mais passiva, vítima e, por vezes, até doente fisicamente, sobre o que freqüentemente se queixava. Eu precisei ser sutil em lhe mostrar isso, justamente por entender a dimensão da sua necessidade psíquica e, pela brevidade do tratamento, não me possibilitar tanto aprofundamento. Ao mesmo tempo, entrei nessa questão diversas vezes, pois não podia me tornar passiva, como ela, a este funcionamento. Senão, estaríamos as duas indiscriminadas na passividade e no ressentimento de Camilla, sem poder ver a parte dela própria implicada, não deixando de acolher sua dor.

Segundo Kehl (2004), o ressentido reconhece seu sofrimento, mas atribui toda responsabilidade a um outro, mais poderoso que ele, suposto agente do mal que o vitimou. E quanto mais os motivos da queixa se justifiquem socialmente, ou quanto menos condições psíquicas ele tenha para se apropriar da sua parte, mais difícil é fazer com que ele se desloque do lugar de vítima para começar a indagar-se sobre sua responsabilidade quanto ao que o faz sofrer.

Em suma, esta primeira fase se caracterizou predominantemente por uma sensação de desamparo e afastamento de Camilla em relação aos seus pais. O apoio do marido também não lhe parecia efetivo. No entanto, fomos vendo que parte sua poderia estar implicada nesta distância e solidão. A necessidade de uma rede mais consistente de apoio ficou muito clara, tanto com relação aos cuidados dos filhos, sobretudo de Jota, como e talvez, principalmente, para ela mesma. O nascimento dos gêmeos, sendo Jota com uma malformação, pareceu ter abalado o que restava da auto-estima de Camilla, ‘alargando’ ainda mais o ‘buraco’ de suas carências afetivas.

A segunda fase englobou o percurso do quinto encontro de avaliação à quarta sessão de psicoterapia. Nessa, Camilla demonstrou estar se sentindo mais suprida de atenção, tendo tido alguns momentos importantes de companhia e apoio da família. Acredito que, não por coincidência, sua aparência estava diferente nessa sessão, ela usava brincos coloridos e maquiagem. Parecia mais viva e alegre. Tal investimento em si refletia o quanto o olhar materno a ‘alimentava’. Ela contou que seu celular, depois de muito tempo, agora estava funcionando, pois ela e sua mãe descobriram que o carregador da mãe era compatível com o aparelho de Camilla e, a partir de então, este estava disponível para que carregasse seu celular sempre que precisasse.

Simbolicamente, o carregador de celular poderia estar representando o seio materno, que tinha sido agora (re) encontrado por Camilla e, para a sua surpresa, tinha sempre estado ali e ela não sabia que era capaz de lhe alimentar. Essa energia pareceu ter lhe ajudado a assumir uma postura mais ativa também na busca de recursos para Jota, pois foi a uma rádio, por sugestão da avó, pedir remédios. Mais suprida com a sua bateria compatível com a de sua mãe, parecia sentir-se literalmente recarregada. Contou também, no quinto encontro, que sua mãe lhe fez uma surpresa no seu aniversário, que tinha sido naquela semana, com passeios durante o dia, preocupações com sua alimentação e cansaço, e jantar à noite. Camilla descreveu o dia em detalhes, muito empolgada, enquanto isso Jota balbuciava alto, parecendo sintonizar o clima de alegria e descontração.

O mais importante dessas mudanças foi Camilla perceber que tinham decorrido de uma mudança na sua forma de olhar a sua família, podendo se dar conta, na primeira sessão, que as dificuldades também provinham dela mesma, o que foi um passo importante para que Camilla se sentisse menos abandonada e sozinha. No entanto, apesar da notável aproximação da família e do sentimento de Camilla de menos solidão, percebeu-se que se manteve ambivalente em relação ao apoio recebido, transbordando ressentimentos e momentos de

insatisfação, como quando sua mãe lhe deixou caixas de leite desnatado e não integral, dizendo que este não fazia mal, mas não alimentava. Pensei, nesse momento, que não se tratava nem de muito simbolismo, era quase nu e cru o material inconsciente: o leite materno tinha sido fraco para Camilla, e isso lhe doía muito.

Sinteticamente, essa segunda fase guardou maior proximidade de Camilla com sua família, especialmente, com a mãe. Tanto sentiu sua mãe se aproximar, como pôde dar-se conta que, por vezes, não conseguia chegar perto da mãe e vê-la como uma possibilidade real de suporte. No entanto, manteve-se, naturalmente, um sentimento forte de ressentimento, até porque se tratavam de ‘feridas’ profundas, que eu sabia que ia levar muito tempo para sequer começar o processo de cicatrização.

A terceira fase compreendeu o período da quinta à décima primeira sessão de psicoterapia, e se caracterizou por um retorno a um sentimento de desamparo, como na primeira fase. Camilla se mostrou sobrecarregada emocionalmente, sem se sentir podendo dividir suas angústias com a família, e atribuiu isso a uma sensação de cobrança externa. Parecia não se sentir correspondendo às expectativas dos seus pais como filha, de seu marido como esposa, e também de seus filhos como mãe e, obviamente, sofria sentindo-se fracassada e sem valor. Pode-se pensar que, além das reais exigências externas, talvez Camilla tivesse ainda que conviver com um Ideal de Ego rígido próprio que, projetado nos objetos externos, aumentava consideravelmente a carga.

O conceito de Ideal de Ego é um pouco controverso entre os autores psicanalíticos (Laplanche, 1992), porém o que é consenso, é que é uma instância que funciona como referência a como o sujeito deve se comportar. Freud (1923/1969), em seu texto sobre o *Ego e o Id* colocou que este é formado não a partir de uma catexia do objeto, e sim de uma identificação direta e imediata com os pais e com o que o sujeito acha que eles esperam dele mesmo. É resultante da conversão do narcisismo (idealização do ego) e, por isso, varia em cada indivíduo com relação à sua flexibilidade. Camilla projetava uma grande expectativa dos pais em relação a ela, e sentia nunca conseguir atingir aquele ideal, sentindo-se inferiorizada e, por conseguinte, menos amada. Pareceu ter desenvolvido um Ideal de Ego severo e inalcançável que lhe colocava para baixo e não lhe mostrava muitas saídas.

O resultado era se sentir só e desvalorizada, e isso acabava refletindo no cuidado com seus filhos, pois não tinha ânimo e nem se sentia competente para cuidar deles. A situação financeira da família era precária e isso agravava ainda mais as dificuldades de Camilla que, realmente, tinha que dar conta de resolver e lidar com uma série de problemas importantes em

sua rotina. Stern (1999) aprofunda a importância do apoio na vida da mãe de um bebê, pois este é um momento de extremo cansaço e exaustão emocional. Salienta, ainda, que o ideal é que receba o apoio de uma figura materna benigna, ou seja, alguém que acione lembranças positivas e de cuidado. Obviamente, o suporte do marido também é fundamental, mas, segundo o autor, ocupa outro lugar diferente do da figura materna, pela falta de experiência em lidar com bebês e por ser alguém do presente da mãe, não relacionado ao aconchego do passado. Sem este apoio, Stern afirma que aumenta o risco da mãe entrar numa depressão e, assim, desenvolver problemas relacionais com o bebê.

No caso de Camilla, ela não só tinha o cansaço de uma mãe de um bebê sem problemas, a irmã gêmea de Jota, que por si só já seria pesado, como tinha, ainda, que lidar com uma série de necessidades e cuidados especiais de um filho com malformação, que vivia sob risco constante, o que intensificava significativamente sua sobrecarga. Davis et al. (1998) enfatizaram que as mães de bebês com cardiopatias cardíacas apresentam um nível de estresse diário bastante acima do normal. E Camilla não contava com um apoio competente nem da própria mãe, como já foi referido, nem do marido. Este, talvez, por uma enorme demanda e conseqüente frustração em não conseguir suprir as necessidades da família, vivia, de acordo com Camilla, estressado e desconectado dos sentimentos e necessidades dela.

Isso apareceu na oitava sessão, quando Camilla referiu a falta de apoio do marido no momento delicado que estava enfrentando com Jota, pois após realizar o cateterismo, tinha ficado sabendo de outros agravantes no quadro clínico do filho. Porém, ao mesmo tempo em que reclamou da ausência do marido, ela não tinha conseguido dividir com ele as informações recebidas no hospital, pois era seu aniversário e ela não o queria chatear ainda com mais problemas. Assim, mais uma vez, se via sozinha e desamparada. Propus ajudá-la a conversar com Jorge para colocá-lo a par do que estava acontecendo, lhe mostrando que era necessário pedir ajuda, além do direito dele como pai em saber. Assim, buscamos, juntas, tentar fortalecer a *matriz de apoio*. Porém, Jorge, apesar de decidir ir com ela buscar mais informações sobre o filho, demonstrou grande dificuldade para encarar a gravidade do diagnóstico e, também, para expressar o medo de perdê-lo, revelando-se um apoio falho para Camilla.

Em relação à família, Camilla também demonstrou estar muito sozinha. Na décima primeira sessão, logo após a cirurgia de Jota, ela chegou sem se alimentar, dizendo que ninguém estava lhe ajudando na estada deles no hospital. Mais uma vez, questionei se ela tinha pedido ajuda, e ela me respondeu negativamente, ao que apontei a sua parte nesta situação. Na verdade, isso apareceu como uma constante ao longo do tratamento de Camilla:

ter de conter e acolher sua tristeza por não ser ajudada e em não dispor dos recursos necessários, ao mesmo tempo em que tinha que mobilizá-las para enxergarmos juntas a sua parcela de responsabilidade naquela situação. Sobre as informações médicas que Camilla agora tinha tido mais coragem de ir atrás, e Jorge ainda se mantinha resistente em saber, sabe-se que os pais de crianças com cardiopatia tendem a ter um conhecimento muito superficial acerca da malformação dos filhos, particularmente, em relação às suas causas, aspectos fisiológicos, medicações e cirurgias (Cheuk et al., 2004). Os autores apontam a necessidade de programas que visem reduzir estas lacunas. Porém, pode-se pensar que, no caso de Camilla e Jorge, além da provável deficiência do sistema de saúde que não oferece de forma acessível estas informações, existia um medo de saber e se deparar com a gravidade da situação que, naquele momento, estava sendo mais claramente exposta por Camilla. Talvez, a minha presença como um objeto continente tivesse encorajado Camilla a inteirar-se da realidade.

Em resumo, esta terceira fase foi marcada por um retorno à sensação de desamparo e solidão. Sentia que tinha que enfrentar sem apoio a pesada carga dos cuidados de Jota e da realidade ameaçadora imposta pela gravidade da malformação. Era constante seu sentimento de não corresponder às expectativas de seus pais e marido, o que a fazia sentir-se desvalorizada. No entanto, naquele momento, ela estava podendo ir atrás das informações sobre a saúde do filho, bem como de recursos para ajudá-lo.

A quarta fase foi marcada somente pela décima segunda sessão. Novamente, assim como na segunda fase, Camilla demonstrou estar se sentindo apoiada pela mãe e por sua família. Carmem e a avó materna a estavam ajudando a organizar um chá beneficente para arrecadar recursos para ajudar Jota, e Camilla estava nitidamente empolgada com essa perspectiva. O apoio tinha enchido Camilla de energia. Ademais, ela se mostrou mais ativa em pedir ajuda, o que certamente contribuiu para aumentar ainda mais a *matriz de apoio*. Quem sabe o seu medo em ser frustrada já não fosse tão ameaçador a ponto de paralisá-la.

A quinta fase englobou da décima terceira à décima quinta sessão. Camilla estava muito triste nesta fase, sentindo-se vazia e precisando ainda mais receber atenção. Disse que isso começou quando viu que cortaram a luz na sua casa, somado ao fato de que o marido disse que não tinha dinheiro para lhe dar. Além da situação objetiva de tantas restrições com relação até mesmo às suas necessidades básicas, simbolicamente Camilla mergulhava, nessas situações, na falta. Era um mundo de escassez que a remetia à sua carência interna. Por isso que a sua necessidade de ser cuidada passou a ser uma urgência nesse período, levando-a até mesmo a uma tentativa de suicídio, que pareceu ser histrionicamente forjada. Entendi isso

como uma indicação clara de que era preciso chamar sua mãe e tentar, em conjunto, ajudá-las a identificar os pontos de conflito e, dentro do possível, a resgatar os laços afetivos. A *matriz de apoio* precisava de um reforço, para que então, internamente, Camilla se sentisse mais preenchida. Um dos aspectos que, mais uma vez, ficou claro foi o quanto ela não conseguia aproveitar algumas oportunidades oferecidas pela mãe, como um curso profissionalizante. Mesmo assim, a mãe, ainda, ressaltou sua intenção de ajudar Camilla.

Uma das razões possíveis para essa resistência de Camilla ficou clara para mim nessa décima quarta sessão, na presença de sua mãe. Havia uma evidente indisponibilidade dela em relação à filha, quando, por exemplo, se mostrou com pressa para voltar ao trabalho, ou quando disse que nem tinha perguntado bem sobre a tentativa de suicídio da filha, já que iriam conversar ali comigo, e ia ficar repetitivo falar duas vezes - mesmo percebendo-se que Camilla estava num estado de imensa tristeza e até apresentando um certo risco. Assim, Camilla, por defesa, se fechava para não ser tão machucada pelo 'egoísmo' da mãe, perdendo, com isso, até o que ela podia lhe dar de bom, fato este que foi confirmado pela mãe ao dizer que a filha parecia um "*porco espinho*" que soltava farpa para todos os lados. Parecia que os espinhos tinham sido até então essenciais para a sobrevivência psíquica de Camilla, e residiam no seu corpo sem que ela os percebesse e nem pudesse, por isso, recolhê-los em algumas situações ou com algumas pessoas. Por isso, ficavam muitas vezes também a mostra com Jota, quando ela não se oferecia como uma mãe continente e disponível, ou até com o marido, quando não solicitava ajuda.

Winnicott (1967/1975) salienta que o ambiente-mãe precisa acolher o bebê, para que ele possa se constituir psiquicamente de maneira sadia. Caso contrário, se instalará um déficit, um 'buraco', uma fragilidade que passa a ser um núcleo de angústias intensas para o sujeito. Nessa linha, Calich (2005), ao discutir os modelos psicanalíticos da mente, aponta que o modelo do déficit entende que, não havendo um estímulo externo organizador (*holding* materno), uma cadeia de desenvolvimentos deixa de existir, podendo partes da mente deixarem de se desenvolver. Estabelece-se um vazio. Camilla parecia defender-se deste vazio, tornando-se distante, através de 'seus espinhos'.

Outro aspecto importante nesta fase foi a própria mãe reconhecer sua parte nos 'espinhos' de Camilla, podendo se ver muito crítica com a filha. Com isso, pareceu ter aberto espaço para Camilla enxergar que sua preocupação era verdadeira, mas que eu aproveitei para reforçar. Fui acometida pela angústia de sentir o pouco envolvimento de sua mãe, acreditando que ela precisava se envolver mais com Camilla, proporcionar-lhe mais suporte, e pareceu que

ela foi tomando pé da situação e se sentindo mais implicada, dizendo que se ainda não existisse uma saída fácil para os problemas da filha, ela iria criar uma, pois não deixaria Camilla ficar como estava.

Em suma, a quinta fase denunciou, com muita clareza, a solidão interna de Camilla, oportunizando que trabalhássemos a aproximação efetiva da mãe. Aqui, ficou evidente que Camilla sentia falta de um apoio para suas dificuldades como pessoa antes das dificuldades como mãe.

A sexta e última fase compreendeu da décima sexta sessão de psicoterapia ao encontro pós-psicoterapia. Camilla revelou estar se sentindo bem mais apoiada pela mãe, tanto do ponto de vista emocional como material. Contou que a mãe tinha conseguido um espaço no brique para que ela vendesse suas criações em gesso, se preocupando também com o seu bem-estar, ao ter providenciado um guarda-sol para lhe proteger. Lembrei do guarda-chuva que, no início do tratamento, Camilla disse que não tinha e, por isso, sempre se molhava. Em algum nível, as defesas protetivas pareciam estar se constituindo. Nesse momento, Camilla ressaltou, também, que ela própria precisava agora se organizar para aproveitar a chance que sua mãe estava lhe proporcionando. Quem sabe, ela estivesse podendo ver mais ativamente a sua parte, aspecto tão trabalhado ao longo da psicoterapia, não esperando mais que tudo viesse de fora. Inclusive comentou já estar trabalhando para as exposições.

Na última sessão, Camilla contou bastante satisfeita que sua mãe havia cedido uma casa localizada no mesmo terreno em que morava para ela e a família, além de uma peça para que ela fizesse uma loja permanente para vender artesanato. Demonstrou, nesse momento, estar conseguindo reconhecer a ajuda da mãe, além de manifestar sua intenção em logo arcar com as despesas da casa, que estavam sendo, até então, custeadas pela mãe. Camilla se mostrou sentir mais apoiada também pelo marido, vendo-o diferente, mais próximo da família. Pode-se pensar que estas mudanças refletiam uma transformação interna de Camilla, ela estava podendo também se aproximar mais das pessoas, pedir mais ajuda e, quem sabe, sentir menos ganhos secundários com a vitimização. Era evidente que tinham diminuído seus 'espinhos', pois na mesma sessão, me convidou para um chá beneficente para Jota que, apesar de estar organizando já há algum tempo, não tinha me falado.

Quem sabe, esse movimento de Camilla tivesse a ver com a possibilidade de aceitar mais as limitações dos pais e do marido, antes tão dolorosas para ela. A exigência severa, que invadia a sua mente com relação a ela mesma (Ideal de Ego), era a mesma exercida com as outras pessoas, resultando em uma constante e completa frustração. Na sessão pós-

psicoterapia, ela verbalizou aceitar mais estes limites, apesar de que gostaria que não fosse assim. Ou seja, não deixou de ter clara a sua vontade e necessidade, mas pôde lidar com a realidade e ver a diferença entre estas, o que nos mostra que não se tratava de uma idealização. Assim, pareceu estar conseguindo aproveitar mais o que tinha de positivo.

4.2.4.Reorganização da Identidade

A primeira fase do tema *reorganização da identidade* compreendeu o período do primeiro ao quarto encontro de avaliação. Esta se caracterizou por uma baixa auto-estima de Camilla, e uma auto-imagem ligada a sentimentos de desvalia, como incompetência materna. A literatura aponta que o nascimento de um filho com malformação tende a influenciar negativamente na auto-estima e na auto-imagem da mãe (Kroeff et al., 2000), que se sente inferior e incapaz de promover evoluções no seu filho, uma vez que seu interior é percebido como “estragado”, já que o gerou com imperfeições. Lago e Nunes (2003), em uma pesquisa qualitativa realizada em Porto Alegre, que entrevistou quatro mães de crianças com fissura lábio-palatal, também apontaram sentimentos de desvalia que as levavam a enxergarem-se fracas e inferiores. A percepção chocante da falha materna tende a arruinar com suas esperanças, como se tudo que ela fizesse fosse fadado ao fracasso. Se pensarmos que esses sentimentos já habitavam a mente de Camilla, temos uma idéia do quanto a malformação veio a confirmar fantasias antigas de inferioridade. Santos (2005) aponta essa realidade, dizendo que, em alguns casos, o diagnóstico só vem a reatualizar e sublinhar as falhas já sentidas.

O sentimento de incompetência traduziu, também, um prejuízo real no exercício do papel materno, pois Camilla revelou não conseguir, de fato, dedicar-se com afinco aos cuidados dos filhos gêmeos. Um exemplo disso foi quando os colocou em risco no momento do parto, ao não ir para o hospital no tempo adequado por medo de a internarem sozinha, tendo ficado 19 horas com a bolsa rompida. Ademais, nesta fase, a representação de Camilla em relação aos genitores era de um cuidado insatisfatório e muita mágoa, mostrando que seus modelos de identificação primária não serviam como uma base segura para suas relações. Em função disso, percebeu-se dificuldades dela em assumir o papel de mãe, mostrando-se passiva e, de certo modo, até descuidada com Jota, referindo que não levantava cedo para tirar ficha para o médico. Essa postura é apontada por Lago e Nunes (2002), que encontraram a atitude de resignação nas mães do estudo. Segundo as autoras, pode ocorrer uma cessação da resposta ativa em razão de uma descrença no êxito, por tudo de errado que já aconteceu. Além disso, no caso de Camilla essa passividade podia significar também, como já foi dito, a dificuldade dela

na transição de deixar de ser só filha e assumir o papel de mãe, tarefa própria da maternidade (Szejer & Stewart, 1997).

Investigando situações com crianças sem problemas de saúde, Mayes e Leckman (2007) apontaram que as mães, que revelaram uma percepção de sua própria mãe de descuido e pouco afeto, tiveram índices mais altos de depressão ou mais oscilações no humor no pós-parto e, portanto, mais problemas relacionais com o seu bebê. Ou seja, houve uma tendência à repetição de um modelo relacional insatisfatório. Essa repetição ficou evidente na história relacional de Camilla com Jota, pois assim como reclamava de sua mãe que não a tinha em primeiro lugar, ela também, em algumas situações, se priorizava em relação ao bem-estar do filho.

A segunda fase incluiu do quinto encontro de avaliação à quarta sessão de psicoterapia. Camilla começou a resgatar, de forma incipiente, a sua auto-estima, quando se viu sonhando em ser possível que um dia fosse 'olhada' por um outro homem, da sua idade e que considerasse bonito. Compreendi que essa fantasia estava significando uma prova de valor para ela mesma. Percebe-se, aqui, a busca de gratificações de cunho mais infantil do que genital. Ela precisava se sentir olhada e admirada. Nogueira (2005) apontou que, em mulheres com traços de personalidade histérica, as lacunas deixadas pelas primeiras relações minam as relações amorosas de aspectos infantis de dualidade, exclusividade e desejo de constante satisfação.

Esse aspecto mais infantil aparece também através de uma representação de si mesma de grande vulnerabilidade. Ela não se via com defesas competentes que lhe dessem proteção, sentindo-se fraca e exposta aos riscos, o que prejudicava seu exercício do papel materno. Nesse momento, contou, com medo de receber críticas que o seu descuido com a chuva tinha molhado a certidão de nascimento do filho, necessária para solicitar um documento de desconto no transporte público. Simbolicamente, mostrei que se tratava de uma desproteção dela mesma, simbolizada pela falta do guarda-chuva, e que tínhamos que enfrentar isso no tratamento, pois geralmente a sua própria crítica, projetada nos outros, podia levá-la a se afastar também de possíveis cuidados.

Vale ressaltar aqui que o ideal de ego inalcançável de Camilla e o conseqüente superego severo tendiam a dificultar a aproximação dela com as pessoas, por medo das críticas. Estas, na verdade, muitas vezes resultados de projeção, funcionavam como os "espinhos" antes mencionados e representavam um risco também na relação terapêutica. Azar, Nix e Makin-Byrd (2005) discutem o processo de mudança nos esquemas parentais ao longo

de uma psicoterapia, e sistematizam alguns elementos que devem fazer parte desse trabalho. Um deles é a necessidade de criar um ambiente seguro, uma aliança terapêutica sólida com o paciente e, para tanto, os autores ressaltam que é preciso ter cautela com as intervenções que possam funcionar como superegóicas. Estas só devem reforçar a crítica e o julgamento que a pessoa já faz dela mesma e inibir quaisquer chances de aproximação e confiança. Uma das formas que utilizei para que Camilla não me sentisse crítica foi mostrar que ela é quem pensava que era desastrada, ela é quem se via com julgamento, ou seja, reduzir a projeção para que ela pudesse livrar a representação dos outros como pessoas intolerantes. Ela precisava se apropriar do que ela fazia consigo para descontaminar o campo relacional, pelo menos comigo, num primeiro momento.

A seguinte associação de Camilla demonstrou que minha intervenção talvez tenha acessado um modelo identificatório de afeto, a sua relação com a avó materna. Falou sobre a ajuda dela na busca de recursos para Jota, as duas tinham ido numa rádio para pedir medicamentos para ele. Não por coincidência, essa relação de apoio e cuidado da avó a ajudou a exercer o papel materno mais ativamente. Na quarta sessão, as memórias antigas de afeto seguiram sendo lembradas na interação com Jota. Enquanto ele brincava com um bonequinho de pano, Camilla comentou, bastante nostálgica, que, quando criança, sua avó confeccionava bonecos como este para ela. Pode-se pensar que a dupla Camilla-Jota estava psiquicamente, naquele momento, equivalendo a uma dupla vó-Camilla de segurança e “calor” e, quem sabe, também por ela estar sentindo formar uma dupla afetiva Aline-Camilla.

Em resposta ao trabalho sobre os fantasmas no quarto do bebê (Fraiberg et al., 1975/1994), que se referiu ao quanto às frustrações e falhas dos primeiros objetos de identificação da mãe poderiam ser atualizadas com seu bebê, Lieberman, Padrón Horn e Harris (2005) escreveram um texto sobre os anjos no quarto do bebê. Neste texto, os autores apontaram justamente que a transgeracionalidade pode acessar também figuras seguras e competentes do passado da mãe, que vão lhe ajudar a estabelecer uma relação continente e afetiva com seu bebê. Segundo eles, é função do terapeuta ajudar a “exorcizar” os fantasmas e reforçar “os anjos”, acreditando que esses últimos podem ter uma força surpreendente no psiquismo, e vencer a batalha. A avó de Camilla estava se revelando na sessão como um anjo, que foi acessado após, talvez, ela sentir uma vivência segura comigo. Barandon (2002) observa que a relação terapêutica na psicoterapia pais-bebê pode servir de palco para re-significar modelos de relações patológicas do passado dos pais, já que estes são repetidos

durante o tratamento. A autora ressalta que, cabe ao terapeuta, simbolizar o que vê e ouve, partindo também de seus próprios sentimentos.

A terceira fase compreendeu a etapa entre a quinta e a décima sessão de psicoterapia. Nesta, Camilla reativou seus sentimentos de mágoa e ressentimentos em relação aos seus pais, sentindo-se rejeitada e inferiorizada por eles. Ela se sentia pouco libidinizada pelos pais e, pelo contrário, investida de um narcisismo mais negativo que a levava a acreditar na sua incompetência como pessoa e como mãe. Parecia nunca ter se sentido uma prioridade na vida de sua mãe, referindo, inclusive, se sentir sempre preterida quando ela tinha que fazer uma escolha. Esses sentimentos de desvalia parecem ter sido agravados com a malformação de Jota (cf. Santos, 2005).

As falhas primitivas vivenciadas por Camilla na relação com seus pais e, sobretudo com sua mãe, pareciam impedi-la de entrar, com tranqüilidade, no mundo infantil de Jota. Ela demonstrou dificuldade em decodificar a brincadeira do filho, referindo-se aos brinquedos estarem espalhados enquanto ele se divertia. Esse contato com o lúdico requer que sejam discriminados os papéis de criança-filho e de adulto-mãe, os quais não estavam bem definidos em seu psiquismo. Camilla pareceu, primeiro, precisar brincar e viver ali comigo o seu lado infantil, resgatando suas frustrações, perdas e também manifestações afetivas de seus pais. Isso apareceu na sétima sessão, quando ela me pediu, com constrangimento, para mostrar a fita de seus 15 anos. Falou também em trazer a fita do nascimento de seu filho mais velho, porém, foi muito clara a sua preferência por me mostrar primeiro a do seu aniversário. Pode-se pensar que sua vergonha revelava uma percepção, mesmo que inconsciente, da prioridade de si mesma e de seu lado infantil em detrimento do lado mãe, adulto.

Nesta mesma sessão, assistindo a fita da sua festa, Camilla explicitou as perdas que teve ao longo de sua vida, as quais se iniciaram no nascimento do seu primeiro filho. Simbolicamente, essas perdas materiais poderiam estar representando as oportunidades perdidas com a maternidade precoce. Mesmo em condições naturais, a maternidade envolve uma série de lutos (Szejer & Stewart, 1997) e, no caso de Camilla, esta chegou cedo em sua vida, além de ter trazido posteriormente, com Jota, um contexto ainda mais difícil.

Mostrei que ela devia estar me falando de perdas maiores do que as materiais, ao que confirmou dizendo que, assim como sua mãe, tinha toda uma vida de sonhos pessoais e profissionais que não se concretizaram, como namorar, fazer chá de panela, casar, comprar um apartamento, fazer faculdade, etc., Camilla poderia estar falando também da maternidade em relação a Jota, que também não tinha sido bem de acordo com suas expectativas.

A dor de Camilla era tanta por não sentir ter tido uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1967/1975), que pedir ajuda ficava sendo algo quase impossível para ela. Parecia não agüentar mais quaisquer frustrações, o que a tinha prejudicado inclusive para lutar por seus ideais. Referiu que não conseguia pedir ajuda mesmo em momentos muito difíceis, por medo das possíveis respostas negativas. Nesse momento, mostrei a ela como, antecipadamente, sem se dar conta, lhe apresentava um futuro fracassado, perdendo a chance de ‘virar o jogo da vida’.

A quarta fase incluiu a décima primeira e a décima segunda sessão. Caracterizou-se por um momento de extrema preocupação e dedicação da mãe aos cuidados de Jota.

Nesta fase, Camilla acessou um modelo de identificação mais competente dos pais e familiares no que se referia aos cuidados recebidos, quando ela estava doente. Possivelmente, essas lembranças estavam interferindo para que ela agora pudesse estar mais dedicada ao filho, tolerando sua fragilidade e dependência. Pode-se pensar, também, que as repetidas somatizações de Camilla, parte de seu caráter histriônico, poderiam repousar sobre essas lembranças de que, quando ficava doente, recebia o colo e a atenção desejada.

Em seguida, ela mencionou se ver como alguém muito vulnerável, que por isso sempre ficou doente. Essa idéia traduziu claramente a percepção de um interior doente, estragado, frágil, capaz de gerar um filho malformado. Ademais, sutilmente, Camilla acrescentou que ter um bebê com problemas poderia ser um castigo por não ter seguido os conselhos da mãe, de não sair de casa. Aqui, Camilla demonstrou uma crença de que ter “desobedecido” a sua mãe acarretou que ela tivesse as dificuldades que tem hoje, como se fossem castigos. A falta de uma informação concreta sobre a causa da malformação abre espaço para que as fantasias maternas sejam construídas (Lago & Nunes, 2002). Essas fantasias têm como base as frustrações e conflitos da mãe, com ela mesma e com a família. Apesar de muito particulares, as crenças tendem a se mostrar repetitivas nos discursos de mães com filhos com malformação (Lago & Nunes, 2003; Viana et al., 1994), envolvendo geralmente culpa. As mães acreditam, em algum grau, que se deveu a elas esta ocorrência, como se tivessem uma responsabilidade real por isto. Algumas, inclusive, pensam que é um castigo por algum erro cometido (Lago & Nunes, 2002). No caso de Camilla, esse sentimento de culpa e conseqüente castigo poderia decorrer da noção de ter buscado ativamente o situação atual da sua vida, também por raiva dos pais, da família e do tratamento que recebia. Ela queria sair de casa e, assim, procurou relações de mais compromisso, envolvendo filhos, também numa tentativa de construir uma família como núcleo, mas talvez ainda com um desejo de se vingar da mãe (palco do castigo).

Expressar essas crenças e medos, ao mesmo tempo em que poderia ser árduo, pareceu também abrir espaço na mente de Camilla, dando-lhe forças para enfrentar as dificuldades mais ativamente, procurando resoluções concretas, pois logo expressou seu desejo de trabalhar e parar de ficar se lamentando.

A quinta fase compreendeu o período entre a décima terceira e a décima quinta sessão de psicoterapia. Foi um momento de oscilação emocional, no qual Camilla despencou de um estado de extrema esperança e felicidade, pelo sucesso da cirurgia e evidentes progressos de Jota, para um intenso desânimo e desamparo. O corte da luz e a falta de dinheiro sinalizaram um retorno às dificuldades, às quais, dali a pouco tempo, teriam que ser enfrentadas sem a minha ajuda. Camilla “berrou” por atenção, implorando um reforço egóico para seguir em frente, o que foi conseguido através da aproximação de sua mãe e da indicação de uma continuidade de tratamento após o término da psicoterapia breve pais-bebê.

A sexta fase englobou da décima sexta até o encontro pós-psicoterapia. Nesse período, Camilla mostrou uma representação de si mais capaz de enfrentar as dificuldades da sua vida, dizendo que se via antes muito fechada, como um “*Caracol dentro de uma conchinha*”, sem conseguir ver soluções para os problemas; e agora, com a ajuda da psicoterapia, procurava as possíveis saídas, sem se paralisar. Não coincidentemente, foi notável a aproximação com a sua família de origem e, sobretudo, o prazer experimentado em estar na companhia deles mesmo em relação à mãe.

No entanto, os sentimentos de mágoa, em alguma medida, persistiram e foram considerados por Camilla como eternos, impossíveis de esquecer e “*de apagar*”, o que demonstrou a intensidade das marcas das primeiras experiências. Estas são constituintes da estrutura psíquica do indivíduo e, por mais que este possa tentar resgatar eventuais lacunas em outras relações posteriores, os primeiros objetos marcam indelevelmente a memória e, especialmente, o psiquismo (Riviere, 1936/1986; Winnicott, 1956/2000).

Ainda assim, no encontro pós-psicoterapia, ela se disse mais feliz com seu filho e sua família, podendo inclusive se ver olhando mais para ele, e mais apropriada de seu papel materno, percebendo a necessidade natural dos filhos em relação a ela, e sua responsabilidade como mãe. Ao final, Camilla agradeceu a minha ajuda de um jeito bastante afetivo e verdadeiro. Chorando bastante, me deu um abraço forte e olhou fundo nos meus olhos. Me chamou atenção não ter levado presentes, como no início do tratamento, já que agora sim era um momento muito especial. Logo entendi que, talvez, não tivesse tido que me agradecer como

antes e, por isso, eu tinha sentido mais verdade naquele abraço. Me emocionei muito ao perceber isto, pois estava diante de uma Camilla com menos espinhos e mais transparência.

No encontro pós-psicoterapia, foi aplicado novamente o Inventário Beck de Depressão (BDI), cujo resultado indicou ausência de depressão. Esta mudança, apesar de não poder ser considerada determinante de um bom estado de saúde mental, indica que houve, pelo menos, uma atenuação dos sintomas depressivos ao longo da psicoterapia. Isto pode ter ocorrido em razão da psicoterapia e de outros acontecimentos vivenciados por Camilla no intervalo desses sete meses que a família esteve em atendimento. Não se pode precisar quais destes acontecimentos tiveram a ver, direta ou indiretamente, com o tratamento. No entanto, pode-se pensar, sucintamente, em alguns fatores que podem ter contribuído para este resultado: a maior aceitação da realidade de dependência de Jota e a conseqüente evolução dele, a aproximação de Camilla de sua família de origem, sua melhor auto-estima, um maior apoio do marido, e a esperança de estabilizar um pouco a situação financeira em virtude da ajuda recebida de sua mãe (casa para morar, local para vender seu artesanato).

Em suma, o tema *reorganização da identidade*, ao longo da psicoterapia, evidenciou uma aparente melhora na auto-estima de Camilla, tanto em relação a si mesma como com sua maternidade, passando a se ver como mais competente. As exigências severas ficaram mais atenuadas, dando chance a ela se arriscar mais, como pensar numa atividade profissional e em formas mais ativas de ajudar Jota. Parece ter conseguido, mesmo que em parte, abrir mão das gratificações mais infantis, galgando objetivos profissionais e pessoais, de acordo com os seus limites e responsabilidades. E, por isso, com menos necessidade de obter tantos ganhos secundários. Porém, pela complexidade psíquica de Camilla, acredito que ela ainda oscile bastante prognosticamente, especialmente, porque não havia perspectiva de estabilização da grave situação de Jota. Sua percepção em relação aos pais também pareceu sofrer uma sutil mudança. Ela se deu conta de ‘seus espinhos’ e da maneira distorcida que, por vezes, via sua mãe. Por um lado, pôde aceitar mais os seus pais da realidade, mantendo suas dores e mágoas, embora o ressentimento profundo manteve-se presente, mesmo que em menos intensidade. Os traços histriônicos e depressivos identificados durante o tratamento nos permitem visualizar um prognóstico reservado, apesar das evidentes melhoras, e levaram a indicação de que Camila continuasse com um novo terapeuta num tratamento sistemático e prolongado²⁹.

²⁹ Este foi iniciado com o acompanhamento da terapeuta e do supervisor clínico deste estudo no Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA).

Considerações finais

Buscando integrar os quatro temas da constelação da maternidade, entendo que uma conceptualização comum que passa, em diferentes pontos por todos estes temas, seria a teoria psicanalítica do trauma. Este é produzido por um excesso de investidura libidinal do ego sobre a realidade (Marucco, 2005). O ato de sobre-investidura é um esforço enorme de representar o ocorrido e, nesse esforço, o ego se esvai libidinalmente. Por isso, o autor diz que a realidade exterior pode resultar em patologia psíquica, sendo, neste caso, o trauma iniciado pelo objeto e não pelo sujeito. Aqui nos vale uma reflexão de como fica o exercício desta doação e aceitação incondicional do bebê, descrito anterior, próprios de uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1956/2000) em uma situação de trauma em função de uma malformação. É preciso pensar que, além de tudo, nesse momento, a mulher está em um estado completamente regressivo e vulnerável psicologicamente, e é neste que ela precisa enfrentar o impacto da malformação.

No nosso contexto, a realidade externa da malformação exigiu um enorme esforço egóico da mãe para enfrentar este trauma, e representar esse bebê. Para tanto, ela precisava enfrentar a real situação física e psíquica de Jota (vida e crescimento), aceitá-lo como seu filho, com todas as necessidades especiais que ele carregava (relacionar-se primário), contando com sua capacidade psíquica (reorganização da identidade) e com uma rede de apoio (matriz de apoio) muito frágil especialmente quando a conheci. Por isso, ela precisou voltar-se a si e reviver na psicoterapia seus conflitos mais primitivos. Seu desamparo e solidão foram escancarados. As angústias de morte vieram à tona, assim como os medos, as tristezas, raivas e ressentimentos. As dores profundas com sua mãe puderam ser acessadas, externa e internamente, e alguns aspectos resgatados. A intolerância com seu filho, a raiva por sua malformação e a culpa de não poder fazer mais também estiveram muito presentes, sem falar nas suas carências afetivas. Por outro lado, aos poucos, foram se revelando também as suas conquistas, aproximações, aceitações. Tudo muito cru e verdadeiro na minha frente. Agora, após escrever e refletir melhor sobre essa psicoterapia, compreendo melhor o meu cansaço após as sessões, a sensação de ficar esvaziada de energia, e a impotência de alguns momentos. Porém, depois do término da psicoterapia e prestes a concluir esta tese, ou seja, já bastante afastada do *setting* terapêutico, consigo ver com mais clareza como valeu a pena.

Assim como a transferência, a contratransferência realmente se revelou um instrumento muito importante nesta psicoterapia breve pais-bebê, endossando as sugestões de Cramer e Palácio-Espasa (1993). Meus sentimentos serviram como companheiros e guias de

compreensão e orientação de qual caminho seguir. Parecia-me, sobretudo, que a “sintonia afetiva” era o que eu tinha de mais preciso. Como destacou Cacilhas (1993): “os efeitos das atitudes internas profundas do terapeuta são mais decisivas para o progresso da terapia do que as intervenções e interpretações”. Cabe salientar o papel da supervisão, que ajudava a decodificar esse emaranhado de experiências internas e externas, para que, na sessão com Camilla e Jota, eu pudesse assumir uma função ainda mais continente e ‘desintoxicada’.

Por fim, foi evidente para mim, durante estes quatro anos de doutorado, estudando as relações iniciais no contexto de malformação, o quanto há um sofrimento profundo nas mães e famílias atingidas por esta situação. As representações acerca da maternidade tendem a ficar significativamente abaladas e confusas. Camilla, em especial, nos mostrou sua dor de uma maneira muito clara e chocante. Além de já carregar conflitos pessoais importantes, e viver uma situação financeira bastante precária, teve que se deparar com um filho com uma malformação que lhe impunha uma constante ameaça de perda. Com isso, precisou fazer o luto do bebê que ela desejava. Ao invés de passear pelas ruas com seus gêmeos, como ela imaginava e relatou, o que lhe restou foi percorrer os hospitais inúmeras vezes, com o filho nos braços, apresentando parada cardíaca, com risco imediato de morte. Era notável que a família inteira sofria, os irmãos que, muitas vezes, eram deixados em segundo plano; o pai que não sabia mais como ajudar e, por isso, às vezes tinha dificuldade de se envolver; a avó que se apavorava com a gravidade das condições da filha e do neto; e a bisavó que tentava ajudar como podia. Enfim, todos sentiam muito essa carga e a psicoterapia pais-bebê se mostrou efetiva para ajudar a mãe a modificar seus investimentos sobre o filho, aproximando-se mais dele, e tolerando sua necessidade de dependência e cuidados especiais. Além disso, auxiliou a diminuir as distorções nas representações maternas acerca do bebê, podendo livrá-lo de uma carga projetiva maléfica que limitava seu potencial de desenvolvimento. As representações a respeito de si mesma, de igual maneira puderam ser redimensionadas com a ajuda da psicoterapia, na medida em que a certeza da incompetência materna e a passividade deram lugar a mais esperança e, sobretudo, a uma postura mais ativa para buscar recursos para a saúde do bebê. Desta maneira, confirmou-se a expectativa inicial deste estudo de que a psicoterapia pais-bebê ajudaria a reduzir possíveis distorções nas representações maternas a respeito de si mesma como mãe, a respeito do bebê e da relação mãe-bebê corroborando estudos anteriores (Cramer & Palacio-Espasa. 1993; Prado, 1996a; Stern, 1997).

Deve-se salientar que tais mudanças nas representações maternas parecem ter contribuído para uma melhora na saúde física de Jota. Pois a partir do tratamento, é que a mãe

pôde se propor a procurar e enfrentar as informações sobre o real quadro clínico do filho, além de dedicar esforços para marcação de consultas, procedimentos médicos e cirurgias. Além disso, começou a se organizar para levantar recursos para os medicamentos e até equipamentos que contribuíssem para um melhor bem-estar de Jota.

É importante assinalar que tudo que aqui foi escrito é fruto da minha maneira de compreender o material, podendo esta não ser compartilhada por outras pessoas que venham a ter contato com este estudo. De qualquer maneira, reafirmo meu empenho e esforço para me aproximar da realidade desta família, tendo sentido, em muitos momentos, uma sintonia entre nós. De qualquer modo, sempre são possíveis novos entendimentos e não tomo nada como uma verdade absoluta e fechada, até por serem concernentes às mentes humanas, objetos tão complexos, profundos e subjetivos.

Apesar dos quatro temas da constelação da maternidade terem se mostrado adequados para examinar as representações maternas, estes não foram suficientes para abranger a complexidade do contexto de malformação. Foi necessária uma ampliação dos conteúdos envolvidos em cada tema, a fim de englobar as particularidades dessa situação. Sugere-se que novas pesquisas avaliem o quanto os temas aqui ampliados se justificam em outros contexto de malformação do bebê.

Como já foi assinalado anteriormente, o processo psicoterápico é bastante complexo e dinâmico. Percebi, ao longo da psicoterapia de Camilla, que as mudanças ocorridas nas suas representações e, por conseguinte, nas suas relações, aconteciam de maneira integrada, concomitante e até sinérgica. Ou seja, uma vez que mudanças ocorriam em um dos temas, os demais iam também sendo afetados e podiam também se alterar. Lamentavelmente, a opção por descrever sistematicamente as mudanças separadamente por cada tema não permitiu que se visualizasse esta dinamicidade, que ocorreu nas representações psíquicas durante a psicoterapia. Essa limitação do estudo poderia talvez ser contornada, se o caso fosse narrado como tradicionalmente se faz no âmbito estritamente clínico, mas isto não permitiria uma análise mais detalhada e sistemática, que permitisse ver mudanças específicas, como me propus a fazer aqui. De qualquer modo, sugere-se que novos estudos possam fazer novas propostas para se analisar dados de psicoterapia, para que possamos avançar e compreender as sutilidades e complexidade das mudanças envolvidas no processo psicoterápico.

Outra limitação bastante clara do estudo tem a ver com a escolha do caso. Esta família contava com uma situação poli-problemática de vida, pois além da malformação do bebê, o contexto financeiro e familiar era bastante precário. Isso pode ter, em parte, tanto acobertado

como confundido o impacto da malformação propriamente nas representações maternas. Ainda que muitas famílias, especialmente, do nosso país passem por uma realidade semelhante à descrita neste estudo, com outros diversos complicadores sociais, talvez a escolha de um caso cujo sofrimento estivesse mais pontualmente ligado à malformação, pudesse ajudar a discriminar melhor os aspectos concernentes a esta situação dos demais fatores associados particularmente à malformação.

De qualquer modo, o presente estudo representa uma importante contribuição por destacar a dimensão do sofrimento diante da malformação, e do quanto esta pode acionar e intensificar outras vivências de falhas e desvalia já presentes na vida da mãe. Além disso, através deste estudo, foi possível compreender a importância da psicoterapia breve pais-bebê como capaz de afetar e modificar as representações maternas, mesmo num contexto tão sofrido, com um quadro clínico tão grave e um entorno socioeconômico tão precário.

Dessa maneira, é inquestionável o benefício da psicoterapia pais-bebê para o contexto de malformação do bebê, devendo esta ser cada vez mais oferecida a famílias que enfrentam estas situações. É necessário que a malformação não seja tratada pelos profissionais da saúde com atenção somente nos seus aspectos físicos e funcionais, tendo em vista que os aspectos psicológicos também carecem de tratamento. Como foi destacado acima, o atendimento psicológico teve, no caso de Camilla, um importante impacto no seu quadro clínico, na medida em que a mãe passou a se envolver muito mais no tratamento do filho evitando, com isso, agravamento da doença. Assim, espero que a disponibilidade e confiança da Camilla em nos mostrar toda a sua dor e em reviver angústias tão primitivas durante a psicoterapia possa ser útil para a formação de profissionais de saúde mental, que voltem para continuar a investigar, compreender e ajudar tantas outras Camillas e Jotas que povoam nossos hospitais.

Com base na minha experiência clínica e de pesquisadora, saliento que esse atendimento psicológico pode começar desde a sala de ultra-sonografia, no momento em que é recebido o diagnóstico. Durante a gestação, a intervenção psicológica parece atender outros objetivos, diferentes daqueles que a psicoterapia pais-bebê abrange. Nessa última, o bebê está ali e a interação da dupla pode escancarar as representações maternas que estão distorcidas e alienadas. As dificuldades relacionais ficam evidentes. Por esta razão, também se deve atentar para a diferença com relação à psicoterapia individual e sistemática. Nesta, são privilegiados os conflitos intrapsíquicos e a relação mãe-bebê a partir da mente da mãe ou do pai, não atingindo com tanta precisão e brevidade a relação pais-bebê em si. Essas colocações,

obviamente, não têm a intenção de valorizar mais uma do que outra, e sim apenas apontar suas diferenças.

Desta maneira, espera-se que todo este trabalho e a entrega emocional de Camilla nos sirva para ter noção do quanto situações como esta trazem sofrimentos intensos. Que possamos, todos nós, profissionais da saúde que estamos contatando com esta história e com tais resultados, nos empenhar em melhor acolher psiquicamente as famílias que têm um bebê com malformação.

Por fim, reitero a dificuldade e, ao mesmo tempo, a riqueza desta experiência para minha vida profissional, tanto clínica como acadêmica, mas, sobretudo para a minha vida pessoal. O que vivi com Camilla e Jota, apesar de estar, em grande parte registrado nesta longa tese, só está comigo e com eles. E sempre vai estar, como eu disse para eles, na nossa última sessão *“Espero que tu possas me levar dentro de ti, também. As coisas que nós passamos aqui. Assim como vocês dentro de mim vão ficar sempre”*. Por mais que eu tenha me esforçado para retratar todos os sentimentos e experiências vividas durante a psicoterapia, isso não aconteceu com a precisão que eu desejaria e que a academia exige, especialmente, porque muitos deles não podem ser traduzidos por palavras. Foi preciso ouvir no silêncio, tentar enxergar no vácuo e, mesmo assim, com certeza não pude alcançar tudo, só me restando aceitar os meus e os nossos limites.

REFERÊNCIAS

- Alvarado, M., Vera, C., Monardes, J., Rojas, M. Olea, E., & Neves, E. (1993). El Inventário de Depression de Beck en los cuadros depresivos del embarazo y del postparto. *Revista de Psiquiatria*, 2, 4-13.
- Amiralian, M. (2003). Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos da Clínica*, 13, 15, 94-111.
- Amorin, P. (2002). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 3, 106-15.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Agazi, G., Arenaza, A., Carranza, R., Malik, A. & Schorn, M. (2002). Lo esencial es invisible a los ojos. Entre obstáculos e instrumentos. In M. Schorn. *Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente* (pp. 49-57). Buenos Aires: Lugar.
- Atem, L. (2003). Por que atender bebês e crianças pequenas em psicanálise? *Pediatria Moderna*, 39, 6, 208-210.
- Aulagnier, P. (2002). Nascimento de um corpo, origem de uma história. Em J. McDougall, P. Gachellin, P. Aulagnier, P. Marty, J. Loriod, J. Cain. *Corpo e História*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta.
- Azar, S., Nix, R. & Makin-Byrd, K. (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 1, 45-58.
- Barandon, T. (2002). Psychoterapeutic work with parents and infants- psychoanalytical and attachment perspectives. *Attachment and Human Development*, 4, 1, 25-38.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*. England: Wiley.
- Battikha, E. (2001). Intervenção Precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Em M. Camarotti (Org.). *Atendimento ao Bebê: uma abordagem interdisciplinar* (pp. 43-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.

- Beckman, P. (1991). Comparison of Mothers and Fathers Perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 95, 5, 585-595.
- Behrman, N. (2004). *Textbook of Pediatrics*. New York: Elsevier.
- Bertoldi, C. (2002). Que dor é essa? Em L. Bernardino & C. Rohenkohl. (Org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico clínicas* (pp. 193-203). Casa do psicólogo: São Paulo.
- Bion, W. (1992). *Conversando com Bion: quatro discussões com W.R. Bion, Bion em Nova Iorque e em São Paulo*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1976).
- Birchal, P. (2006). O bebê desnutrido e sua mãe. In R. Melgaço. (Org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise, Saúde, Educação* (pp. 109-113). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cacilhas, A. (1993) Considerações sobre a comunicação mãe-bebê e correlações com o trabalho psicoterápico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 15, 3, 227-233.
- Calich, J. (2005) Modelos psicanalíticos da mente. Em C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky. *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 173-189). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carey, L., Nicholson, B. & Fox, R. (2002). Maternal factors related to parenting young children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 3, 175-183.
- Caron, N., Lopes, R., Fonseca, M., Gomes, A., Munhos, J., & Moreira, V. (2002). La visite des cavernes: réflexions basées sur l'observation déchographies obstétriques. Trabalho apresentado no VI *Internacional Congress on Infant Observation According to the Method of Esther Bick*. Cracóvia, Polônia.
- Caron, N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. Em N. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caron, N & Maltz, R. (1994). Intervenção em grávidas com anomalias fetais. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16, 3, 202-207.
- Chess, S. & Hossibi, M. (1982). *Princípios e prática da psiquiatria infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cheuk, D., Wong, S., Choi, Y., Chau, A. & Cheung, Y. (2004). Parent's understanding of their child's congenital heart disease. *Heart*, 90, 435-439.
- Clark, R., Tluczek, A. & Wenzel, A. (2003). Psychoterapy for Postpartum Depression: a preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 4, 441-454.

- Colares, V. & Richman, L. (2002). Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labiopalatais. *Pediatria Moderna*, 38, 11, 513-516.
- Cooper, P., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cramer, B. (1999). A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas. Em A. Guedeney & S. Lebovici. *Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê* (pp. 91-99). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B.G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. Em: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp.237-261). New York: The Guilford Press.
- Cramer, B. (1993). *Profissão bebê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas Psicoterápicas Mãe/Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D.N., Serpa-Rusconi, S., Muralt, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.P., Knauer, D., Berney, C. & D'arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 3, 278-300.
- Crow, G. (1996). Investigating mother-infant interaction. *Heart*, 76, 8-9.
- Cunha, J.A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M., & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27, 1, 107-115.
- Davis, C., Brown, R., Bakeman, R. & Campbell, R. (1998). Psychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: stress, coping, and family functioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 4, 219-228.
- Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- De Maso, D., Campis, L., Wypij, D., Bertram, S., Lipshitz, M. & Freed, M. (1991). The impact of maternal perceptions and medical severity on the adjustment of children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 2, 137-149.
- Dias, M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In R. Melgaço. (Org.). *A ética na atenção ao bebê: Psicanálise, Saúde, Educação* (pp.137-147). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dolto, F. (2002). *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (1992). *A Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennel, J. & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56, 5, 710-717.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Eliacheff, C. (1995). *Corpos que gritam: a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática.
- Fainblum, A. (2000). *La familia. El hijo nacido, el hijo esperado*. Ficha de la catedra de Psicología de la Discapacidad, Facultad de Psicología, UBA.
- Farel, A., Freeman, V., Keenan, N. & Huber, C. (1991). Interaction between high-risk infants and their mothers: the NCAST as an assessment tool. *Research in Nursing & Health*, 14, 109-118.
- Ferro, A. (2005). *Fatores de doença e Fatores de cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1994). Fantasmas no quarto do bebê. *Publicação CEAPIA*, 7, 12-34. (original publicado em 1975).
- Freud, S. (1969). Inibição, sintoma e ansiedade (M.A.M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1926).
- Freud, S. (1969). O Ego e o Id (M.A.M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1923).
- Freud, S. (1969). Além do princípio do prazer (M.A.M. Rego, Trad.). Em: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1920)
- Freud, S. (1969). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Parte III. Conferência XXIV: O Estado neurótico comum. (M.A.M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1917).
- Freud, S. (1969). Introdução ao Narcisismo (M.A.M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1914).

- Freud, S. (1969). Tabu e ambivalência emocional (M.A.M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1913).
- Gardner, F., Freeman, N., Black, A. & Angelini, G. (1996). Disturbed mother-infant interaction in association with congenital heart disease. *Heart*, 76, 56-59.
- Gianotti, A. (1996). *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R., Fowler, R. & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 3, 347-358.
- Gomes, A. & Piccinini, C. (2005). A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de Psicologia*, 22, 4, 381-393.
- Gomes, V. (2004). Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento, *Estudos de Psicologia*, 9, 3, 553-561.
- Gomes, A. (2003). *A Ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto: impressões e sentimentos de gestante com e sem diagnóstico de anormalidade fetal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.
- Gordeuk, A. (1976). Motherhood and a less than perfect child: a literary review. *Maternal Child Nursing Journal*, 5, 2, 57-68.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/Núcleo de Infância e Família-NUDIF. (2004). *Entrevista Diagnóstica*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia - UFRGS. Instrumento não publicado.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/Núcleo de Infância e Família-NUDIF. (2003a). *Consentimento Livre e Esclarecido*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia -UFRGS. Instrumento não publicado.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/Núcleo de Infância e Família - NUDIF. (2003b). *Entrevista sobre a Gestação e o Parto*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia - UFRGS. Instrumento não publicado.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/Núcleo de Infância e Família-NUDIF. (2003c). *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia - UFRGS. Instrumento não publicado.

- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP/Núcleo de Infância e Família - NUDIF. (2003d). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia -UFRGS. Instrumento não publicado.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP. (1998). *Ficha de Contato Inicial*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia - UFRGS. Instrumento não publicado.
- Grzesiak, R. & Hicok, D. (1994). A brief history of psychotherapy and physical disability. *American journal of Psychotherapy*, 48, 2, 240-250.
- Heidrich, S. & Cranley, M. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38, 81-84.
- Irvin, N., Kennel, J., & Klaus, M. (1993). Atendimento aos Pais de um Bebê com Malformação Congênita. Em: M. Klaus & J. Kennel. *Pais/Bebê: a formação do apego* (pp.245-275). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, J. (2002). Crônica de um bebê com morte anunciada – intervindo com a instauração do sujeito na iminência da morte. Em L. Bernardino & C. Rohenkohl. (Org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico clínicas* (pp. 169-178). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Jerusalinsky, J. (2001). Quando o que se antecipa é o fracasso... prevenção secundária e estimulação precoce. Em M. Camarotti (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar* (pp. 35-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Johansson, B. & Ringsberg, K. (2004). Parent's experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 2, 165-173.
- Kamers, M & Baratto, G. (2004). O discurso parental e sua relação com a inscrição simbólica no universo simbólico dos pais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24, 3, 40-47.
- Kehl, Maria Rita. (2004). *Ressentimento*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. Em M. Klein. *Inveja e Gratidão, e outros trabalhos (1946-1963)* (pp.20-43). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1946).
- Kroeff, C., Maia, C., & Lima, C. (2000). O luto do filho malformado. *Femina*, 28, 395-396.
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador do Eu. Em J. Lacan. *Escritos*, livro 9, (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar. (original publicado em 1949)

- Lago, C. & Nunes, M. (2003). Mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais: luto ou pesar crônico? *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, 19, 65-73.
- Lago, C. & Nunes, M. (2002). Reações, sentimentos, atitudes de mães de portadores de fissuras lábio-palatais e causas atribuídas à malfomação. *Revista Odonto Ciência-Fac. Odonto/PUCRS*, 17, 37, 223-230.
- Laplanche, J. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1992). Maternidade. Em G. Costa (Org.). *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lieberman, A., Padrón, E., Horn, P. & Harris, W. (2005). Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health*, 26, 6, 504-520.
- Lieberman, A. F. & Pawl, J. H. (1993). *Infant-parent psychotherapy*. Em C. Zeanah (Ed.). *Handbook of infant mental health* (p. 427-442). New York: Guilford.
- Loebig, M. (1990) Mother's assessments of the impact of children with spina bifida on the family. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19, 3, 251-264.
- Maldonado, M. (1997). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Malucelli, D. (2002). Quando a anatomia é mesmo o destino... Em L. Bernardino & C. Rohenkohl. (Org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico clínicas* (pp.161-167). Casa do psicólogo: São Paulo.
- Mayes, L. & Leckamn, J. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health*, 28, 3, 281-295.
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe*. Martins Fontes: São Paulo.
- Marucco, N. (2005). Aspectos psicanalíticos das situações traumáticas. Em C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky. *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 85-95). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mattos, S & Chagas, C. (2001). Cardiologia perinatal: uma abordagem multidisciplinar. Em M. Camarotti (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar* (pp. 23-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maury, M. (1999). Intervenções Psicoterápicas nos Bebês e seus Pais no Hospital. Em A. Guedeney & S. Lebovici. *Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê* (pp.119-133). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Melnyk, B., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N., Crean, H., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., & Slota, M., Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, *113*, 6, 597-607.
- Moura, M. (1986). Nascimento do concepto malformado: aspectos psicológicos. *Femina*, *14*, 7, 606-612.
- Nogueira, J. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente histórico. Em C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky. *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 553-559). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pechansky, I. (2005). Setting psicoterápico: neutralidade, abstinência e anonimato. Em C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky. *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (235-245). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pelchat, D. & Lefevre, H. (2004). A holistic intervention programme for families with a child with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, *48*, 2, 124-131.
- Pelchat, D., Bisson, J., Ricard, N., Perreault, M. & Bouchard, J. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies*, *36*, 465-477.
- Pelchat, D., Ricard, N., Bouchard, J., Perreault, M., Saucier, J., Berthiaume, M. & Bisson, J. (1998). Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child: Care, Health and Development*, *25*, 4, 377-397.
- Piccinini, C., Gomes, A., Lopes, R. & Moreira, L. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*, 3, 223-232.
- Piccinini, C., Prado, L., Lopes, R., Schwengber, D., Alfaya, C., Frizzo, G., Gomes, A., Mayor, I. & Silva, M. (2003). *O impacto da psicoterapia breve pais-bebê para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê - PSICDEMA*. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre. Projeto não publicado.
- Pinto, E. (2004). Os sintomas funcionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, *9*, 3, 451-457.
- Pinto, E. (2000). Psicoterapia breve pais-bebê/criança. Em C. Rohenkohl (Org.). *A Clínica com o bebê* (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prada, C., Valle, T. & Pimentel, M. (2000). A percepção de si da criança portadora de fissura labiopalatal. *Pediatria Moderna*, *36*, 3, 103-107.

- Prado, L. C. (1996a). Pontes entre concepções psicanalíticas e sistêmicas. Em: L. C. Prado. (Org.). *Famílias e terapeutas* (pp. 17-36). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prado, L.C. (1996b). O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê. Em: L. C. Prado. (Org.). *Famílias e terapeutas* (pp. 97-130). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quayle, J. (2005). Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. Em S. Ismael. (Org.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 185-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quayle, J. (1997a). Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. Em M. Zugaib, J. Tedesco & J. Quayle. *Obstetrícia Psicossomática* (pp. 216-227). São Paulo: Editora Atheneu.
- Quayle, J. (1997b). Parentalidade e Medicina Fetal: repercussões emocionais. Em M. Zugaib, M. Brizot, V. Bunduki & D. Pedreira. *Medicina Fetal*. São Paulo: Atheneu.
- Quayle, J., Neder, M., Mihaydaira, S., & Zugaib, M. (1996). Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 7, 1, 33-39.
- Rajon, A., Rosé, D. & Abadie, I. (1997). Observação do lactente e atendimento terapêutico do par mãe-filho, no contexto de diagnóstico perinatal de malformação. Em M. Lacroix, M. Monmayrant (Orgs.). *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 226-231). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramona-Thieme, M. (1995). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Spring Publishing.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Riviere, J. (1986). Sobre a gênese do conflito psíquico nos primórdios da infância. Em M. Klein, P. Heinmann, S. Isaacs, & J. Riviere. *Os Progressos da Psicanálise* (pp. 48-78). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (original publicado em 1936).
- Roelofsen, E., Kamerbeek, L., & Tymstra, T. (1993). Chances and choices. Psycho-social consequence of maternal serum screening: a report from The Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 41-47.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-child Nursing*, 4, 143-153.
- Ruschel, P. (1994). Quando o coração adoece. Em B. Romano. (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 39-54). São Paulo: Pioneira.

- Santos, M. (2005). El lado oscuro de la maternidad – cuando nace un niño con discapacidad. Em A. Oiberman. (Org.). *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal* (pp.193-201). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Schorn, M. (2002). *Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorin, P., Janavs, J. & Weiller, E. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 20, 22-33.
- Sinason, V. (1993). *Your handicapped child*. Londres: Rosendale Press.
- Singer, G., Irvin, L. & Hawkins, N. (1988). Stress management training for parents of children with severe handicaps. *Mental Retardation*, 26, 5, 269-277.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sokolowski, M., Hans, S., Bernstein, V. & Cox, S. (2007). Mother's representation of their infants and parenting behavior: association with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health*, 23, 3, 344-365.
- Solis-Ponton, L. (2004). Construcción de la Parentalidad. Em L. Solis-Ponton. (Org.). *La parentalidade: desafio para el tercer milenio-um homenaje a Serge Lebovici* (pp.11-22). México: Editorial El Manual Moderno.
- Solnit, A. & Stark, M. (1962). Mourning and birth of a defective child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 523-537.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. Em T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé. (1987). *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Speltz, M., Endriga, M., Fisher, P. & Mason, C. (1997). Early predictor of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child development*, 68, 1, 12-25.
- Spitz (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. (1994). Case studies. Em N. Denzin & Y. Lincoln. (Orgs.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). London: Sage.
- Stern, D. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Svavarsdottir, E. & McCubbin, M. (1996). Parenthood transition for parents of an infant diagnosed with a congenital heart condition. *Journal of Pediatric Nursing*, 11, 4, 207-216.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Taylor, D. (1982). Counselling the parents of handicapped children. *British Medical Journal*, 284, 1027-1028.
- Teperman, D. (2005). *Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trad, P. (1997). *Psicoterapia Breve Pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tradup, J. (1990). What do I say when a baby is born with a birth defect? *NSNA*, 84-85.
- Trolt, M. (1983). Birth of a sick or handicapped infant: impact on the family. *Child Welfare*, 62, 4, 337-349.
- Viana, M., Giacomoni, C. & Rashid, L. (1994). “O que fiz por merecer?” Aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado, *PSICO*, 25, 1, 91-99.
- Zamberlan, M. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7, 2, 399-406.
- Zimerman, D. (2004a). A função de “continente” do analista e os “subcontinentes”. Em D. Zimerman. *Bion: da teoria à prática* (p.230-239). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. (2004b). Uma teoria do pensamento. Em D. Zimerman. *Bion: da teoria à prática* (p.129-137). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Waisbren, S. (1980). Parent’s reactions after the birth of a developmentally disabled child. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 4, 345-351.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1956).
- Winnicott, D. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em D. Winnicott. *O Brincar e a Realidade* (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1967).

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(GIDEP/NUDIF, 2003a)

Estamos realizando um estudo com a finalidade de investigar os efeitos de uma psicoterapia breve realizada com mães e bebês que nasceram com alguma malformação, visando facilitar o desenvolvimento da criança. Estão programados no mínimo dez, e no máximo dezessete encontros, com flexibilidade, se necessário. Estes terão a duração de aproximadamente uma hora. Os encontros iniciais contarão com entrevistas individuais com a mãe e com o pai (se possível), e observações da interação pais-bebê, as quais serão gravadas em áudio e vídeo. Durante as observações da interação pai-mãe-bebê os pais serão solicitados a brincarem com seu filho, como comumente fazem no seu dia-a-dia. Uma vez iniciada a psicoterapia, as sessões serão também serão gravadas. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a interação mãe-pai-bebê e a melhor forma de facilitar o desenvolvimento da criança.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamento recebidos neste hospital. Entendo que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que eu não serei identificada.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de imagens, anotações e gravações realizadas comigo, meu marido e meu bebê. Entendo que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o professor Dr. César Augusto Piccinini. Caso eu queira contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3316-5058.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética desta Instituição.

Data ___/___/___ .

Participantes do Projeto

Pesquisador Responsável

ANEXO B

ANEXO C

FICHA DE CONTATO INICIAL

(GIDEP/NUDIF, 1998)

Nome da mãe:

Data de nascimento da mãe:

Escolaridade:

Trabalhas fora? ()sim ()não ()desempregada Horas/semana_____

Nome do bebê:

Sexo do bebê: ()menina ()menino

Idade do bebê:

Data de nascimento do bebê:

É teu primeiro bebê?

Ele nasceu dentro do tempo esperado? ()sim ()não

Houve alguma complicação? ()sim ()não Qual?

O pai do bebê vive contigo? ()sim ()não

Há quanto tempo vocês vivem juntos?_____

Nome do pai do bebê:_____

Ocupação:

Idade/data de nascimento:

Ele tem outros filhos? ()sim ()não

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

ANEXO D

INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

(Beck & Steer, 1993)

Instruções para o entrevistador sobre o que deve ser dito para a mãe:

“Agora, para entender um pouco melhor como você tem se sentido nos últimos dias, eu gostaria que você respondesse a algumas perguntas. Depois de ler com calma cada frase que eu vou mostrar, eu gostaria que você marcasse com um X aquela que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se você achar que várias frases num mesmo grupo tem “a ver” com o que você está sentindo, pode fazer um X em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as frases, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha”.

-
- () Não me sinto triste.
 - () Eu me sinto triste.
 - () Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - () Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
- 1

-
- () Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
 - () Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.
 - () Acho que nada tenho a esperar.
 - () Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
- 2

-
- () Não me sinto um fracasso.
 - () Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - () Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - () Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
- 3

-
- () Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - () Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - () Não encontro um prazer real em mais nada.
 - () Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.
- 4

-
- () Não me sinto especialmente culpada.
 - () Eu me sinto culpada grande parte do tempo.
 - () Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.
 - () Eu me sinto sempre culpada.
- 5

-
- () Não acho que esteja sendo punida.
 - () Acho que posso ser punida.

- Creio que vou ser punida.
- Acho que estou sendo punida.

6

-
- Não me sinto decepcionada comigo mesma.
 - Estou decepcionada comigo mesma.
 - Estou enjoada de mim.
 - Eu me odeio.

7

-
- Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros.
 - Sou crítica em relação a mim por minhas fraquezas e erros.
 - Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

8

-
- Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - Tenho idéias de me matar mas não as executaria.
 - Gostaria de me matar.
 - Eu me mataria se tivesse oportunidade.

9

-
- Não choro mais do que o habitual.
 - Choro mais agora do que costumava.
 - Agora, choro o tempo todo.
 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

10

-
- Não sou mais irritada agora do que já fui.
 - Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava.
 - Agora, eu me sinto irritada o tempo todo.
 - Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

11

-
- Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

12

-
- Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 - Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

13

-
- Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 - Estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativo.

- Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativo.
- Acredito que pareço feia.

14

-
- Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

15

-
- Consigo dormir tão bem como o habitual.
- Não durmo tão bem como costumava.
- Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

16

-
- Não fico mais cansada do que o habitual.
- Fico cansada mais facilmente do que costumava.
- Fico cansada em fazer qualquer coisa.
- Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.

17

-
- O meu apetite não está pior do que o habitual.
- Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- Meu apetite é muito pior agora.
- Absolutamente não tenho mais apetite.

18

-
- Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- Perdi mais do que 5 quilos.
- Perdi mais do que sete quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: sim não

19

-
- Não estou mais preocupada com a minha saúde do que o habitual.
- Estou preocupada com problemas físicos, tais como dores, indisposições do estômago ou constipação.
- Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

20

-
- Não notei nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.
- Estou menos interessada em sexo do que costumava.
- Estou muito menos interessada por sexo agora.
- Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO E
ENTREVISTA DIAGNÓSTICA MATERNA
(GIDEP/NUDIF, 2004)

Rapport: “Nós sabemos que após o nascimento de um bebê podem ocorrer muitas mudanças na vida da mulher, que nem sempre são fáceis de lidar. Por isso eu vou te fazer algumas perguntas para compreender melhor como tens te sentido em relação a isso”.

1. Tu tiveste algum problema de saúde durante a gestação? Qual?

- E antes, tu tiveste algum problema de saúde importante? Qual?
- E agora? Tu estás tendo algum problema de saúde?

2. Como tu tens te sentido como mãe?

(Caso a mãe não responda ou dê respostas evasivas, perguntar:)

- Como está o teu bebê? - Como esta sendo para ti cuidar dele?

3. Tu tens alguém que te ajuda nos cuidados com o bebê?

- *(Em caso afirmativo):* Quem é essa pessoa? Estás satisfeita com essa ajuda?
- E o teu marido tem te ajudado? Como tu te sentes com isto? (com a ajuda ou falta de ajuda)

4. Tu trabalhas fora?

- *(Em caso afirmativo:)* Já retornaste ao trabalho? Como te sentes em relação a isso?
- *(Caso trabalhe, mas ainda não tenha retornado:)* Pretendes voltar a trabalhar? Quando? Como te sentes em relação a isso?

5. Como estão os teus relacionamentos com a tua família/ amigos/colegas?

- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?
- E com o teu marido? Como está o relacionamento de vocês?
- Mudou alguma coisa depois do nascimento do bebê? O que aconteceu?

6. Como tu estás te sentido atualmente?

- Tu tens te sentindo cansada ou com falta de energia? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está o teu sono? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está o teu apetite? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Nesse momento tu tens tido algum problema como engordar/emagrecer demais? Tu tens te sentido preocupada com teu corpo? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?
- Como está a tua vida sexual? Tu tens tido uma vida sexual satisfatória? *(se houver problemas:)* Quando começou? O que tu achas que te levou a isso? E antes da gestação?

7. Como tu estás te sentindo emocionalmente (dos nervos)?

- Tiveste algum problema emocional *(dos nervos)* depois que o bebê nasceu? E antes disto? Qual?
- *(Em caso afirmativo:)* Tu procuraste ajuda de alguém? O que tu fizeste? Como foi? Como tu te sentiste?
- Já fizeste algum tratamento para isto?
- Tomaste alguma medicação para isto? Qual? Duração?
- Na tua família há alguém com problemas emocionais *(dos nervos)*? Quem?

- Tu tens sentido vontade de chorar? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tem acontecido de tu te sentires culpada? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tem acontecido de tu te sentires inútil? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tu já tiveste vontade de morrer? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? E agora? Isto tem se repetido? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?
- Tu tens te sentido preocupada ou ansiosa? (*Em caso afirmativo:*) Em que momentos? Quando começou? Como é para ti cuidar do bebê quando te sentes assim?

8. Tu gostarias de me falar mais alguma coisa sobre os teus sentimentos neste momento da tua vida?

Obs: Adaptada por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prohnow, Milena da Rosa Silva, Nádia Coldebella e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

ANEXO F

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (mãe)

(GIDEP/NUDIF, 2003b)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre a gravidez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
2. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
3. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
4. Como a tua mãe e o teu pai receberam a notícia da gravidez?
5. Como a mãe e o pai do teu companheiro receberam a notícia da gravidez?
6. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos e emocionais?
Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
7. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
8. Que tipo de mãe tu achavas que serias?
9. Que preocupações tu tinhas em relação ao bebê durante a gravidez?
10. Como tu imaginavas que o bebê seria? Como tu imaginavas que seria o teu relacionamento com ele?
11. Tu lembras de alguém que te ajudou durante a gravidez? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
12. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
13. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
14. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
15. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
16. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai durante a gravidez?
17. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro durante a gravidez?
18. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido:)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

II. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
2. Alguém te acompanhou no momento do parto?
3. Que preocupações tu tiveste em relação a ti durante o parto?
4. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê durante o parto?
5. Tu lembras de alguém que te ajudou no parto? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
6. Tu lembras de alguém que não te ajudou ou te atrapalhou? *(em caso afirmativo):*
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
7. Como foi o teu primeiro encontro com o bebê após o parto? Como tu te sentiste?
8. Ele era como tu imaginavas? Como tu te sentiste?
9. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
10. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
11. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
12. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?

13. Tu lembrás de alguém que te ajudou nos primeiros dias após o nascimento? (*em caso afirmativo*):
Quem foi? E que tipo de ajuda ofereceu? Como tu te sentiste?
14. Tu lembrás de alguém que não te ajudou ou que te atrapalhou nesses primeiros dias? (*em caso afirmativo*):
Quem foi? O que essa pessoa fez que te desagradou? Como tu te sentiste?
15. E o teu companheiro? Ele te apoiou nesses primeiros dias do bebê? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
17. E no relacionamento de vocês, alguma coisa mudou?
18. Como foi o apoio da tua mãe e do teu pai nesses primeiros dias?
19. Como foi o apoio da mãe e do pai do teu companheiro nesses primeiros dias?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prohnow, Milena da Rosa Silva, Nádia Coldebella e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

ANEXO G

ENTREVISTA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (MÃE)

(GIDEP/NUDIF, 2003c)

(Segundo Semestre de Vida do Bebê)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre o bebê nestes primeiros seis meses:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como está o desenvolvimento/crescimento do bebê?
- O que ele é capaz de fazer que te chama a atenção?
- Ele apresentou algum problema de saúde neste período? Qual foi? Ex: cólicas, dores de ouvido, garganta, gripes, problema digestivo, alergias ou problemas de pele, problemas respiratórios. Quando isso aconteceu? E o que mais ocorreu?
- Que tipo de remédio ele já precisou tomar? Por qual motivo? Quanto tempo?
- Já esteve hospitalizado? Por qual motivo? Quanto tempo?
- Já sofreu algum acidente?
- Como tu te sentiste quando ele precisou desses cuidados?

II. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre a alimentação do bebê:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como está a alimentação do bebê? O bebê mama no peito ou usa mamadeira?
- Ele tem horários regulares para comer? Desde quando?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Com que idade o bebê foi desmamado? Qual foi o motivo do desmame? Como ele reagiu? Como tu te sentistes?
- Ele já come alimentos sólidos? Como reagiu aos primeiros alimentos sólidos?
- Como é o comportamento dele durante a alimentação? Ex: alimenta-se tranquilamente, pára para olhar o ambiente, agita-se.
- Como te sentes em relação aos comportamentos dele durante a alimentação?

III. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre o sono do bebê:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como está o sono do bebê? Onde ele dorme? Com quem ele dorme?
- Como é o comportamento dele durante o sono? Ex: dorme tranquilamente, acorda durante o sono, agita-se.
- Ele tem horários regulares para dormir? Desde quando?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- No período de 24hs, quanto tempo ele fica acordado e quanto tempo ele dorme?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante o sono?

IV. E quando ele está acordado, como é que ele fica?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que ele costuma fazer quando está acordado?
- Onde ele fica? Ex: carrinho, berço. Em que posição? Ex: sentado, deitado. Por quanto tempo?
- O teu bebê usa chupeta, paninho ou algum outro objeto ao longo do dia? E para dormir?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele quando acordado?

V. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre o choro do bebê?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o choro do bebê? Ele chora com frequência? Em que momentos ele chora?
- Quem o acalma? O que é feito para acalmá-lo? Como tu te sentes quando o bebê chora?
- Quando ele chora qual é a intensidade do choro dele? Ex: forte, médio, fraco.
- Tu percebes diferentes tipos de choro do bebê? Tu poderias me dar alguns exemplos?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos de choro?

VI. Eu gostaria que tu falasse um pouco sobre a troca de fraldas e de roupa do bebê:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Com que frequência ele é trocado de fraldas?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage à troca de fraldas? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando a troca.
- O que ele costuma fazer durante a troca de fraldas?
- O bebê tem horários para fazer cocô? E para fazer xixi? Quantas vezes ao dia ele faz cocô? E xixi?
- Com que frequência ele é trocado de roupa?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage à troca de roupas? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando a troca.
- O que ele costuma fazer durante a troca de roupas?
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante a troca de fraldas e roupas?

VII. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre o banho do bebê:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o banho do bebê? O que ele costuma fazer durante o banho? Quem dá o banho?
- Com que frequência ele toma banho?
- Como foram introduzidos esses horários (pelo bebê ou pelos pais)?
- Como ele reage ao banho? Ex: aceita tranquilamente ou agita-se, evitando ser banhado.
- Como tu te sentes em relação aos comportamentos dele durante o banho?

VIII. Como é a reação inicial do bebê diante de:

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Novos alimentos? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Novos brinquedos? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Pessoas estranhas (desconhecidas)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Lugares estranhos (desconhecidos)? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois como fica? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Festas? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- Mudanças na rotina de vida dele? Ex: aceita, resiste, rejeita. E depois? Ex: aceita, resiste, rejeita.
- De todas essas situações, existe alguma em que ele reage mais intensamente do que outra?
- E existe mais alguma situação que te lembres?

IX. Como tu descreverias o humor do teu bebê ao longo do dia?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o humor do teu bebê? Ex: agradável, sociável, alegre, ou difícil de agradar, choroso.
- Como ele fica quando alguma coisa o desagrada? O que é necessário para ele se agradar?

X. Como tu descreverias a capacidade do teu bebê em prestar atenção nos brinquedos?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como é o teu bebê quando esta brincando?
- Ele presta atenção nos brinquedos e se concentra no que está brincando ou fazendo?
- Ele é persistente ao brincar com um novo objeto?
- *Em caso negativo:* O que tu achas que faz com que ele desiste de explorar mais o novo brinquedo ou objeto?
- Quando ele está brincando ou fazendo alguma coisa e ouve um barulho, ele modifica o comportamento ou isso não atrapalha o que ele estava fazendo?
- Tu consideras o teu bebê uma criança com um jeito de ser fácil, difícil ou tímido? Por quê? Me fale sobre isto?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prohnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (ordem alfabética).

ANEXO H

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 09/2003)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? *(se não era)* O que está diferente?
3. Como tu vês a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Por quê?
8. Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Por quê?
9. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
10. E o que mais o desagrada? Por quê?
11. Tu costumavas brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu estás te sentindo como mãe?
2. O que mais te agrada em ser mãe?
3. E o que é mais difícil para ti?
4. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais? Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
5. O que mudou para ti agora que és mãe?
6. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
7. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
8. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
9. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
10. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
11. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
12. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras? E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
13. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
2. Como tu achas que ele está sendo como pai? Esta sendo como tu imaginavas?
3. Ele te ajuda nos cuidados com o bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com essa ajuda?
4. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
5. Como é para ti pedir essa ajuda?
6. Como te sentes quando ele cuida do bebê?
7. O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
8. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
9. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
10. Como imaginas que ele te vê como mãe?

IV. Eu gostaria que tu me falasse se outras pessoas te ajudam a cuidar do bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Quem costuma te ajudar? Como é a ajuda dessa pessoa? Quantas horas esta pessoa fica com o bebê?
2. Tu pedes a ajuda dessa pessoa nos cuidados com o bebê?
3. Como é para ti pedir essa ajuda? Como tu te sentes?
4. Tu te sentes apoiada por essa pessoa?
5. O que mais te agrada nessa ajuda? E o que te incomoda?
6. Como imaginas que essa pessoa te vê como mãe?
7. Tem alguém que atrapalha o teu relacionamento com o bebê? *(em caso afirmativo):* Quem? O que essa pessoa faz que te desagrada?

V. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

1. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
2. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
3. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
4. Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche)

5. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
6. Quando? Por que escolheram colocar na creche?
7. Como tu achas que ele vai reagir?
8. Como tu achas que tu vais te sentir?

Obs: Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prohnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

