



## RELATO DE CASO

# Abordagem terapêutica de puérpera usuária de crack

*Maria Lucrecia Scherer Zavaschi<sup>a</sup>*

*Thais Anzzulin Ayub<sup>b</sup>*

*Victor Mardini<sup>c</sup>*

*Gabrielle Bocchese da Cunha<sup>d</sup>*

*Luis Augusto P. Rohde<sup>e</sup>*

*Cláudia Maciel Szobot<sup>f</sup>*

<sup>a</sup> Médica psiquiatra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicanalista pela Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Professora adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora da equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência e do Ambulatório de Pais e Bebês do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>b</sup> Graduanda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>c</sup> Médico pediatra (SBP), psiquiatra (ABP), psiquiatra contratado do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA. Professor convidado do CELG. Membro aspirante graduado da SPPA. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>d</sup> Doutora em pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pediatra do Programa de Atendimento a Bebês Expostos a Substâncias Químicas do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS.

- <sup>e</sup> Mestre e doutor em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor titular de psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Vice-Diretor do Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD).
- <sup>f</sup> Mestre, doutora com pós-doutorado em ciências médicas: psiquiatria, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica contratada do HCPA, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Unidade de Álcool e Drogas, e pesquisadora do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade – HCPA e do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD), HCPA.

## Resumo

Este é o relato do atendimento de uma das mães dependentes do crack e de seu bebê, que frequentam o Ambulatório de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HCPA. Esta específica abordagem terapêutica visa atender a gestante e o bebê, ainda antes do nascimento, a fim de preservar um de seus direitos básicos, que é o de não ser intoxicado tão prematuramente.

**Palavras-chave:** Gestantes. Bebês. Cocaína. Crack. Terapêutica.

## Abstract

This is the report of the treatment of one of the crack-dependent mothers and her baby who attended the Childhood and Adolescence Psychiatry outpatient clinic of the HCPA. This specific approach aims at attending the mother and the baby, even before birth, in order to preserve one of his/her basic rights, which is: not be intoxicated so prematurely.

**Keywords:** Pregnant Women. Babies. Crack. Cocaine. Therapeutics.

## Introdução

Abordagens terapêuticas bem-sucedidas para gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas são esparsas na literatura. Os tamanhos amostrais são pequenos, e há poucos estudos com adequado grupo-controle<sup>1</sup>. Sabe-se que homens e mulheres diferem quanto à etiologia, progressão da doença e acesso ao tratamento. Intervenções desenhadas para mulheres têm sido propostas como uma maneira de contemplar suas necessidades específicas<sup>2</sup>. Para as gestantes usuárias, no entanto, o período perinatal pode converter-se em momento sensível para possível recuperação. Para essas mulheres, a gestação pode constituir-se em um momento ímpar de receptividade a intervenções psicossociais<sup>2-4</sup>. Este é o relato do atendimento de uma das mães dependentes químicas de crack, maconha e álcool que frequenta o Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A intervenção nesse ambulatório propõe-se a atender a mãe e o bebê, ainda no período gestacional, buscando responder às necessidades básicas de ambos. A abordagem visa também acompanhar a dupla mãe-bebê em seus primeiros meses de vida. O artigo relata dados da história dessa paciente, incluindo o diagnóstico, a intervenção terapêutica e a evolução. O meio social e familiar do qual ela é proveniente caracteriza-se por desrespeito, promiscuidade, abusos e violência. Tendo iniciado a experimentação de álcool já na infância, e fazendo uso de cocaína inalada na adolescência, evoluiu para abuso pesado de crack, que perdurou, aproximadamente, por 15 anos. A paciente em questão autorizou que seus dados fossem apresentados neste relato de caso, assinando termo de consentimento. Para preservar o anonimato do caso relatado, alguns dados foram omitidos e/ou deformados.

## A mãe

Rita, aos 32 anos, chegou ao Grupo Operativo de Psicoeducação para Gestantes e Puérperas Usuárias de Substâncias Psicoativas por recomendação da psiquiatra e da pediatra que a atenderam em um dos hospitais de referência para gestantes dependentes químicas de Porto Alegre. Foi internada na unidade de psiquiatria nesse hospital, após tentativa de suicídio. Permaneceu voluntariamente nessa unidade para desintoxicação devido ao uso de crack, álcool e nicotina até o nascimento de seu filho. Buscou nessa oportunidade, pela primeira vez, enfrentar a dependência química a fim de assumir a maternidade e resgatar os laços com sua família.

Os dados que se seguem foram colhidos ao longo de anos, uma vez que a complexidade de sua história só veio à tona conforme essa mãe adquiriu laços de confiança com a equipe.

Ela refere que sua mãe engravidou aos 15 anos. Após a tentativa frustrada de aborto, Rita nasceu e foi entregue a uma tia, pois a mãe era muito jovem e inexperiente. Rita relata que sentia muita falta da mãe durante a primeira infância. A tia, apesar de atendê-la em suas necessidades básicas, era alcoolista e costumava incumbi-la de comprar cachaça em um armazém frequentado por homens alcoolizados e desrespeitosos, que não perdiam oportunidade de dizer-lhe gracinhas e palavras obscenas. No caminho de volta, ela bebia parte da cachaça e substituía o volume consumido por água. Era curiosa em relação aos “bons efeitos” da bebida. Passados nove anos, essa tia veio a falecer de cirrose. Rita lamentou a morte da tia, pois com ela nunca passara fome nem sofrera brutalidades físicas.

A circunstância de quase orfandade levou-a a ter que morar com a mãe e o padrasto, homem inescrupuloso e perverso. Sua mãe, também alcoólatra e impulsiva, irritava-se facilmente com a filha. Rita relata que costumava apanhar violentamente da mãe. O padrasto procurava resgatá-la das surras. No entanto, tinha um ritual de sedar a mãe e abusar sexualmente da menina. No início, tocava suas partes íntimas. A revelação do abuso deixou a mãe indignada. Em vez de protegê-la, disse que ela mentia e desejava destruir seu casamento. Diante da categórica negação da mãe, o padrasto viu-se livre. Vingativo, estuprou-a, não sem antes sedar a mãe. Revoltada, Rita tornou-se uma menina agressiva, irreverente, em casa e no colégio. Sua conduta culminou com a expulsão da escola. No intuito de preservar o casamento, a mãe colocou Rita em um internato.

O padrasto, após alguns anos, deixou a mãe de Rita para juntar-se a uma tia, irmã bem mais nova da mãe. As poucas condições financeiras as constrangiam a compartilhar o mesmo terreno com o padrasto e sua nova família.

Ao sair do internato, com 15 anos, Rita foi trabalhar como empregada doméstica. Nesse período conheceu seu primeiro companheiro, que vivia na clandestinidade, envolvido com tráfico e jogos ilegais. Sua participação nos jogos propostos pelo companheiro levou-a a perder todo o salário do mês. O rapaz propôs favores sexuais para ressarcir-la do prejuízo. Ele se injetava cocaína sob o protesto de solidão.

Rita relatou o ocorrido ao grupo, lamentando sua ingenuidade ao pensar que poderia ajudá-lo. O resultado dessa convivência foi que ela passou a aspirar cocaína diariamente. Nessa época, contraiu HIV. Como sua mãe, Rita concebeu, com esse homem, a primeira filha, ainda aos 15 anos. Nunca obteve apoio do companheiro, uma vez que ele vivia envolvido com roubos e tráfico, tendo sido preso diversas vezes.

Enquanto o companheiro estava na prisão, Rita conheceu outro homem, que veio a ser o pai de sua segunda filha. Com o passar do tempo, para criar as duas filhas, trabalhou como doméstica, deixando-as com uma babá, que também foi abusada por esse segundo companheiro. Por essa razão, separou-se pela segunda vez, temendo que ele também pudesse abusar de suas filhas.

Subsequentemente, passou a frequentar festas e a usar crack. Para financiar a droga, manter as filhas e pagar a mãe por esses cuidados, prostituía-se e dormia nas ruas, descuidando da saúde e da higiene.

Nessa mesma época, conheceu o terceiro companheiro, usuário de crack, perverso e violento. Esse foi o pai de seu terceiro filho, João. Não se sabia grávida até a tentativa de suicídio, ao atear-se fogo, após ter derramado álcool no corpo. Relata que tentou se matar porque “era viciada”, “um trapo humano”, “um bicho”, que não tinha mais nada além de vergonha e compulsão pela droga. Considerava que o suicídio seria um alívio para si e para sua família.

A internação de emergência deveu-se à violenta tentativa de suicídio. Pelo fato de permanecer internada até o parto, a dupla mãe e bebê recebeu atendimento desde a gestação até o momento do nascimento por parte da pediatra, pesquisadora do grupo.

O bebê nasceu eutrófico, com apgar 9 e 10, apesar de presença de líquido meconial na bolsa amniótica. Foram realizados exames de rotina, que incluíram avaliação cardiológica, visual, auditiva, ecografia cerebral, sendo todas normais. Na aplicação da NNNS (*Neonatal Intensive Care Unit Neurobehavioral Network Scale*), apresentou hipertonia marcada, moderada hiper-reflexia, aumento dos movimentos e choro agudo acompanhado de sinais de estresse e/ou abstinência com náuseas, bocejos, espirros, choro agudo, tremores e evitação do olhar. Esse procedimento foi realizado na presença da mãe, que foi orientada sobre os achados e de como poderia lidar com a sensibilidade de seu bebê. Aos dois meses, o bebê seguia bem cuidado. Aos três meses, seguia apresentando um bom desenvolvimento neuropsicomotor. Até os dois anos foi acompanhado pela pediatra, aprestando boa evolução.

A relação que se estabeleceu desde o início com a pediatra foi facilitadora de um bom vínculo da mãe com seu bebê. A profissional desempenhou um papel maternal para com ela. Constituiu-se uma boa figura de identificação, que, em vez de alijá-la do filho, como seria de rotina nos hospitais brasileiros, ao contrário, reforçou-a em suas capacidades, apontando, igualmente, as competências do bebê. A paciente não só saiu do hospital com o filho, como também demonstrou grande satisfação em poder fazê-lo. Apresentava afeição e bons cuidados de higiene para com seu bebê, embora a guarda tenha sido designada, provisoriamente, a uma de suas tias.

Rita sempre foi assídua e pontual nas consultas pediátricas, seguindo com regularidade as recomendações prescritas. Sua atitude construtiva e perseverante motivou a pediatra a convidá-la a participar do Grupo Operativo Psicoeducativo para Gestantes e Puérperas Dependentes de Substâncias Psicoativas, na qualidade de mãe colaboradora. Sua experiência, altamente positiva, é bastante distinta da de muitas outras gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas.

Rita sempre comparecia ao grupo com o bebê, sendo cuidadosa com ele. Trocava suas fraldas, dava-lhe mamadeira, tecia elogios ao seu desenvolvimento e falava com ele olhando-o nos olhos. Essa atitude foi sempre grandemente estimulada por todos os técnicos.

Nos primeiros meses de sua participação, após faltar a uma das reuniões, relatou, de forma quase casual, que sua ausência se devia à morte do marido. Presenciou seu assassinato à queima-roupa, provavelmente por dívidas do tráfico. Acredita que sua morte prematura e o conseqüente afastamento do círculo de relações com traficantes e usuários facilitaram em muito sua abstinência.

Rita tem sido a frequentadora mais assídua do grupo até a presente data. Diante das novas gestantes que chegam ao grupo, costuma ressaltar a importância de seu terceiro filho, João, como grande motivador para manter-se abstinente. Porém, durante o tratamento no grupo, que já dura quatro anos, recaiu no crack por três vezes. As três situações ocorreram na vigência do uso de álcool, em festas, em companhia de pessoas que usavam crack. Essas recaídas foram breves, durando dois ou três dias. No momento em que se propôs a abandonar o hábito da bebida, e passou a utilizar regularmente suas medicações – Propranolol, Fluoxetina 20mg e Clorpromazina 25mg, além das medicações antirretrovirais que lhe foram prescritas em seu posto de saúde –, não mais recaiu no crack.

Sua recuperação a aproximou das filhas, Maria, de 18 anos, e Helena, de 11. Rita, sentindo-se reconhecida em sua capacidade de auxiliar outras gestantes e mães, tomou a iniciativa de convidar sua mãe e suas filhas a comparecerem a várias reuniões. Uma dessas reuniões foi marcante para todos, técnicos e pacientes, pois a jovem de 18 anos relatou de forma contundente e emocionada seus ressentimentos devido ao desamparo perante o abandono materno. Trata-se de uma moça altamente resiliente. É estudiosa, articulada, esportista e, na ocasião, cursava o terceiro ano do ensino médio, pleiteando um lugar na universidade. Relata que o esporte a ajudou a enfrentar suas tristezas.

Da mesma forma que com as filhas, Rita conseguiu resgatar o tênue relacionamento que mantinha com a mãe, trazendo-a com frequência quinzenal ao grupo, também com objetivo de estimulá-la a parar com o abuso de álcool. Nessa ocasião, a mãe de Rita pôde relatar também seu desespero, por semanas e meses, devido ao desaparecimento da filha, inclusive revisando os cadáveres no Instituto Médico Legal de Porto Alegre para ver se a encontrava.

A progressiva evolução no grupo, a manutenção da abstinência, a melhora de seus cuidados pessoais e familiares e a elevação da autoestima levaram-na a gerenciar melhor sua vida. Com a pensão que recebeu, comprou um apartamento na planta, e o grupo acompanha com entusiasmo suas conquistas.

Em meados de 2013, recaiu no álcool, com um novo companheiro que tem o hábito de tomar cerveja nos fins de semana. Ela minimizava o fato diante das intervenções do grupo, dizendo que se tratava de um hábito social. Apesar de entender que o dependente químico é um doente, que precisa

sempre estar alerta para não recair, e descrever os malefícios da doença, ainda negava o prejuízo que o álcool poderia acarretar. No entanto, a ameaça de suicídio da filha menor diante do abuso de álcool da mãe e as manifestações do grupo a fizeram suspender o uso da bebida. Atualmente, está novamente abstêmia de álcool. Segue com um bom vínculo com a mãe e os filhos. No momento, faz uso de ácido valproico e risperidona, prescritos com receitas ministradas pelo psiquiatra do grupo.

### **Abuso, violência e negligência intrafamiliar, uma constante**

A baixa escolaridade e a pobreza contribuem para a entrada no grupo de risco de dependência química, negligência, abuso e maus-tratos. Além disso, essas mulheres provêm de famílias caóticas, e suas infâncias são permeadas de primitivos abandonos, abusos sexuais e violência. Para enfrentar tais situações potencialmente traumáticas, mobilizam os mais primitivos mecanismos de defesa. Com frequência, essas mulheres se valem da negação, da identificação com os agressores e da negação maníaca. Há uma dificuldade intrínseca de enfrentamento de lutos e perdas, tamanha a frequência com que os sucessivos traumas incidiram sobre suas infâncias. Daí que, frequentemente, estupro, negligência, maus-tratos físicos e assassinatos sejam considerados situações cotidianas, perdendo a conotação do extraordinário. O trauma é regra nessas pacientes. A sucessão de traumas também. O esgotamento das reservas vitais vai gradativamente dando lugar a uma mórbida identificação com os seus agressores.

O trauma seria compreendido como um choque violento, capaz de romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo<sup>5</sup>. Segundo Freud, o trauma pode referir-se a um acontecimento externo ou a um acúmulo deles. Ele assinalou ainda o duplo destino do trauma: aquele que estrutura e organiza o ego e o trauma negativo, que se torna um verdadeiro entrave para o desenvolvimento do psiquismo, que impede o processo de pensar, levando em alguns casos à devastadora desorganização do ego. Seria “aquilo que chega ao sujeito de fora dele, sem que consiga ‘incorporar’ tal ocorrência ao seu psiquismo. O trauma, assim, causa aturdimento e fica, na vida do sujeito, enquistado como um corpo estranho sem sentido e sem elaboração”<sup>6</sup>. As consequências do trauma dependerão dos recursos psíquicos prévios de cada indivíduo. Os traumas incidindo sobre um ego frágil poderão levar ao desenvolvimento de patologias.

O abuso sexual infantil é uma violência desigual, proveniente de uma atitude prepotente e perversa por parte do abusador. A gravidade das consequências do trauma depende de vários fatores, entre os quais a idade da criança, o grau de intimidade com o abusador, a credibilidade que a criança obtém de seus cuidadores ao revelar o abuso, entre outros. O incesto ou qualquer outro tipo de abuso sexual nos primeiros anos de vida destroem a autoestima da criança, que não se sente mais com o direito de ser protegida. A confusão de seu pensamento, o ataque às suas percepções e a dificuldade em identificar

seus sentimentos levam-na a uma situação de miséria humana, que foi denominada por Shengold<sup>7</sup> de “assassinato da alma”.

Uma estrutura familiar caótica, na qual não existam relações coesas entre os membros, pode levar à criança a nefasta experiência de abusos físicos e sexuais. É comum que, nesse ambiente, as mães, ao se tornarem cientes do incesto, o ignorem, temendo atitudes violentas por parte do companheiro<sup>8</sup>.

## O grupo

Diante das limitações de recursos disponíveis na rede pública brasileira e da enorme dificuldade de tratar de gestantes usuárias de crack, além dos conhecimentos de que o período embrionário e da lactação representam janelas cruciais para o desenvolvimento do indivíduo, o presente grupo de trabalho procurou realizar, em caráter experimental, uma intervenção terapêutica com essas mulheres. A intervenção se propõe a trabalhar com grupos operativos de reflexão, de caráter psicoeducativo. O grupo é aberto, de maneira que as pacientes possam trazer seus familiares, tantos e quando quiserem. A condição para a entrada no grupo é de que as gestantes ou puérperas sejam dependentes de crack. Algumas referências, porém, são estáveis e previsíveis. Os grupos são realizados nas quintas-feiras, das dez horas ao meio-dia, em local estabelecido, com equipe permanente, em geral dois terapeutas e um observador, que anota o que se passa durante o grupo.

A equipe embasou-se em diversos autores, dentre os quais destaca-se Pichon-Rivière<sup>9</sup>, que entende por grupo indivíduos que possuam necessidades semelhantes, reunidos com o objetivo de realizar uma tarefa específica. Mesmo que haja um objetivo mútuo, cada integrante do grupo é único e possui um papel distinto. Para ele, grupos operativos são grupos de trabalho que possuem também uma função terapêutica, pois, além da tarefa, o grupo auxilia na gestão de ansiedades, quebra de estereótipos e estimula a superação da resistência a mudanças. Um dos pontos altos da teoria desse autor são os estudos sobre os papéis dos grupos. Rivière<sup>9</sup> refere que, em determinados momentos, os integrantes assumem papéis rotativos. Os papéis de líder, sabotador, bode expiatório, representante do silêncio e porta-voz são representações de aspectos grupais latentes. O líder, por exemplo, busca a mudança, ajuda o grupo a levar a tarefa adiante e arrisca-se diante do novo. Faz-se depositário de aspectos positivos do grupo.

Grupos operativos abrangem diferentes modalidades. O grupo eleito pela equipe de trabalho é denominado “grupo de reflexão”. Essa modalidade possibilita aos integrantes uma maior reflexão sobre sua vida, permitindo uma abordagem diferenciada dos fatos. Tem como finalidade servir como instrumento de primeira grandeza para a área do ensino-aprendizagem, isto é, da educação<sup>10,11</sup>. A educação é uma característica intrínseca ao grupo. A partir da psicoeducação, as pacientes aprendem a respeito de seu próprio funcionamento psíquico, sua doença e tratamento.



A instrução didática é empregada de diversas formas na terapia de grupo: transferindo informação, alterando padrões de pensamentos destrutivos, estruturando o grupo e explicando as características da doença<sup>12</sup>, que no caso específico se refere à adição com todos os comemorativos de seus efeitos. A psicoeducação permite, também, que a paciente possa dirimir dúvidas, pois estas são geradoras de grandes ansiedades.

O grupo de reflexão pode ainda constituir um espaço “continente”<sup>10</sup>, no qual são depositadas as ansiedades dessas mães, que são recebidas pelos terapeutas, que, por sua vez, tentam entendê-las e decodificá-las, para devolvê-las de forma mais compreensível. Os grupos constituem-se em uma oportunidade de experimentação, protética, de reedição de uma experiência familiar diferente da original, na qual as figuras representacionais de pai, mãe e irmãos ressurgem a partir da transferência, podendo ser entendidas por seus participantes, propiciando a veiculação das ansiedades psicóticas que subjazem às patologias das adições.

Em raros momentos também foi possível, com algumas dessas pacientes, encontrar as motivações inconscientes do uso de drogas, à medida que se encontravam as identificações com os agressores, pais ou mães, e que essas situações, de abandono e maus-tratos, se reeditavam agora, com seus filhos e consigo próprias. A compreensão das motivações inconscientes de seus atos permitiu que se aliviassem de suas angústias e assim descobrissem como poderiam direcionar suas vidas, a partir da abstinência.

O grupo favoreceu também o estabelecimento de novos vínculos<sup>11</sup> entre pessoas atribuladas pelos mesmos problemas ou portadoras de patologias graves. Propiciou ainda o estabelecimento de vínculos com profissionais que não as acusavam, como estavam habituadas até então. Ao contrário, buscavam entendê-las e sinalizar seus recursos e habilidades que poderiam ser desenvolvidas, especialmente as habilidades maternas, que eram latentes, mas que estavam obstruídas por identificações primitivas de abandono e maus-tratos.

### **O bebê como catalisador**

A presença do bebê no *setting* terapêutico propicia a evocação de sentimentos muito primitivos relativos às ansiedades maternas, devido às identificações projetivas e à dimensão transgeracional, nas patologias vinculares precoces. Selma Fraiberg criou a metáfora “fantasmas no quarto do bebê” para identificar a precipitação de inquietantes objetos internos dos pais, que são carregados ao bebê, desde sua gestação e nascimento<sup>13</sup>. Nesse sentido, o bebê se constitui em um catalisador de conflitos, bem como facilitador de entendimento e esperança de mudanças. Por essa razão, as terapias conjuntas de pais e

bebês favorecem resultados mais rápidos em termos de entendimento dos conflitos que envolvem a mãe e seus antigos objetos primários. Essas terapias costumam ser breves e visam liberar o bebê dessas paralisantes identificações projetivas que podem dificultar seu desenvolvimento<sup>14,15</sup>. No entanto, em se tratando de patologias mais graves, como no caso de mães adictas a drogas, o curso do tratamento deve ser bem mais longo, tendo em vista os enormes riscos de recaídas dessas mães e consequentes abandonos ou agravantes, como maus-tratos, em reedição a vivências anteriores.

Alguns técnicos da presente experiência terapêutica já haviam tido a oportunidade de trabalhar com duplas de mães e bebês no Ambulatório de Pais e Bebês do HCPA<sup>15</sup>, também de aplicar essa mesma técnica a grupos de pais e bebês de risco, bem como a grupos de bebês institucionalizados e seus cuidadores.

Um dos objetivos dos grupos de pais e bebês é propiciar a facilitação do vínculo entre a mãe e o bebê, uma vez que se trata de elemento vital para o desenvolvimento de todo indivíduo. Sabe-se que os vínculos existem desde a vida intrauterina. Há uma notável continuidade entre a vida fetal e a vida pós-natal. Aspectos constitucionais do bebê vão sendo estruturados a partir de sua bagagem genética e do ambiente que vai se apresentando durante todo o período gestacional, bem como sua continuidade, no período pós-natal<sup>16</sup>.

A equipe de trabalho lançou a hipótese de que a presença do bebê poderia constituir-se em um catalisador vital dos afetos dessas mães, bem como em um estimulante derradeiro para o resgate de suas mães.

### **O restabelecimento dos vínculos**

A terapia de grupo opera de diversas maneiras. Este trabalho se dispõe a apresentar apenas alguns recortes da função “contínente” que o grupo terapêutico significou para essa paciente e, conseqüentemente, para seu bebê. O grupo oportunizou o estabelecimento de novos vínculos positivos com técnicos e companheiras de grupo. A compreensão de suas vivências de abandono e abuso possibilitou o restabelecimento dos antigos vínculos, que nunca haviam se estabelecido ou que haviam sido rompidos pelo uso da droga. Mesmo frágeis, esses vínculos vêm a ser estruturantes, tanto para essa paciente quanto para seu bebê.

A evolução do presente caso clínico se destaca pela manutenção da abstinência dessa mãe. Embora a abstinência tenha sido relativa, tendo tido pequenas recaídas em quatro anos, sua perseverança é notável. Sabe-se da enorme dificuldade que é o abandono do uso do crack pela maioria dos adictos. No início de seu tratamento em ambulatório, Rita deixava evidente sua ambivalência acerca da droga:

apresentava o ardente desejo de nunca mais voltar a usá-la, ressaltando todas as vantagens dessa conquista, como a alegria de ter o filho consigo. Ao mesmo tempo, relatava a tentação constante desde que saía de casa, pela manhã, para trabalhar. A maioria de seus vizinhos era usuária ou traficante. Até a poluição dos ônibus da cidade lembravam-lhe o cheiro do crack fumado, provocando-lhe a lembrança ou até a “fissura”.

No começo de suas participações no grupo, Rita assumia uma postura cautelosa quanto a sua história, mais observando que falando. À medida que foi adquirindo confiança nos coordenadores do grupo e em suas parceiras de infortúnio, e, sobretudo, percebendo que não era acusada por sua doença, sendo aceita, na sua individualidade, com seus diagnósticos\* e seus recursos de ego, tornou-se falante e muito participativa no grupo. Assumiu logo um papel de liderança, buscando estimular outras gestantes e puérperas a suspenderem o uso do crack. Foi desvelando sua história, ressaltando suas progressivas conquistas, testemunhando a possibilidade de sobressair-se à droga. Se ela conseguia livrar-se, suas colegas também conseguiriam. Um esboço de reparação se delineava com esses reiterados diálogos de encorajamento para com suas colegas de grupo. Trazia reiteradas vezes o tema dos traumas causados pelos sucessivos abandonos de sua infância, até o abuso sexual que sofrera por parte do padrasto e a desilusão com a mãe, quando esta não acreditou em sua denúncia, mandando-a para um internato, preferindo o abusador à própria filha. Esses relatos tinham eco nas demais participantes, pois sua história era a história das colegas de grupo. As drogas para elas eram como anestésicos, baniam seus passados e davam-lhes a impressão de poder, euforia e bem-estar. Essas defesas maníacas estavam sempre presentes na argumentação pelo uso da droga.

Na tentativa de compreender a adição compulsiva de Rita, encontra-se, como primeiro fator de risco, o uso da própria droga, que entra no circuito cerebral de recompensa, estimulando os receptores de dopamina, conferindo-lhe o caráter aditivo. Trata-se do mesmo circuito de recompensa que concorre, juntamente com outros, para a manutenção da vida, ou seja, o da alimentação e o da libido<sup>17,18</sup>. O segundo fator de risco para tão intensa e duradoura adição deve-se ao substrato genético da família. Os demais fatores de risco estão associados às terríveis condições ambientais às quais essa mulher foi submetida desde sua vida intrauterina. Entre elas, parecem ter tido forte influência a gravidez indesejada na adolescência da mãe, o alcoolismo desta, os sucessivos abandonos, a violência física, além do abuso sexual na infância. A própria paciente relata intensa sensação de vazio e sofrimento devido à constante ausência de figuras parentais, desde o início de sua vida<sup>19</sup>.

A bebida aparece há muito tempo na literatura como uma alternativa para o vazio e também uma fuga do sofrimento, sem a necessidade da concorrência de outra pessoa<sup>20</sup>. Neste caso, é possível que uma das formas que Rita tenha encontrado para lidar com o vazio materno tenha sido o uso da bebida, desde

---

\* 304.20 de acordo com o DSM-5 ou F14.20 de acordo com o CID-10; 296.52 de acordo com o DSM-5 e F31.32 de acordo com o CID-10

muito cedo. Alguns fatores de risco encontrados nessa paciente estão consoantes com os achados de Pechansky e colaboradores<sup>21</sup>, que também identificaram os baixos níveis socioeconômicos e a baixa escolaridade como possíveis fatores de risco para a dependência. Rita, durante toda a vida, residiu em favelas, dispondo de precários recursos financeiros, teve dificuldades escolares, sendo expulsa por mau comportamento, agitação e agressividade, comumente encontrados em crianças negligenciadas, abusadas e maltratadas. Não conseguiu concluir o primeiro grau. A droga, no entanto, era uma constante, estava sempre a sua disposição, enquanto que sua família estava quase sempre ausente ou, se presente, de forma abusiva e violenta. A droga representava o lenitivo, a negação maníaca da realidade.

O grupo representou para Rita um espaço continente, no qual podia depositar suas aflições, suas raivas, suas decepções, seus rancores e seus desejos de vingança em relação ao seu padrasto. Essas manifestações foram acolhidas. Aos poucos, também passou a veicular sua culpa pelo abandono das filhas e pelo intenso uso do crack durante as gravidezes e quando elas eram pequenas. Pôde verbalizar seus desatinos em vender tudo o que tinha para comprar crack, deixando as filhas aos cuidados de sua mãe alcoólatra. Quando, aos poucos, passou a compreender que reeditava situações de abandono e negligência que havia sofrido para castigar-se pelo ódio que sentia da mãe e do padrasto e a compreender sua identificação com a mãe que a abandonara, pôde aliviar-se, ficando mais fortalecida.

Após alguns meses de tratamento, tornou-se mais reflexiva, modulando mais seus afetos, que já podiam estar ligados a vivências anteriores. Em um dos grupos, Rita pôde verbalizar os sentimentos associados às situações traumáticas de abuso vivenciadas na infância, referindo que “se o meu padrasto não tivesse me abusado, a minha vida seria diferente”. Rita relata que “apesar de todos os problemas, era uma criança cheia de sonhos” e que seu padrasto os havia destruído. Após três anos do ingresso no grupo, a paciente conseguiu trazer o seguinte relato: “Ele era meu padrasto, depois foi meu marido, porque tirou minha virgindade, e agora ele é meu tio, porque casou com a minha tia. [...] Se eu tivesse denunciado poderia dormir tranquila. Ele tirou os meus sonhos, me faz muito mal. [...] Agora tenho medo que abuse de minha filha menor que ainda mora comigo, no mesmo terreno. Por isso quero me mudar logo.” A mãe já havia se mudado desse terreno, com sua filha mais velha.

Em diversos momentos de sua vida, Rita entende que reedita, guardadas as proporções, a história de sua mãe. Assim como ela, não conheceu seu pai. Ambas engravidaram aos 15 anos. Tornaram-se, também, adictas a substâncias psicoativas desde muito cedo. Ambas abandonaram suas filhas. Ambas estiveram ligadas pelo vazio, pelo ódio e pelo abandono. Agora, ambas tentam, mesmo que de forma tímida, resgatar algo do vínculo precocemente rompido.

Após anos de abstinência, mantendo o vínculo com o grupo, Rita obteve diversas conquistas: manteve-se abstêmia, assim como manteve os cuidados com seu bebê. Conseguiu resgatar a relação com as duas filhas, primeiro com Helena, a filha do meio, que até então estava claramente deprimida. Depois

recuperou a relação com a filha mais velha, Maria, da qual cuidou com desvelo quando a mesma teve problemas de saúde. Por fim, Rita trouxe sua mãe ao grupo, conseguindo, pela primeira vez, estabelecer uma relação razoável com sua mãe real.

O vínculo com o bebê já havia iniciado, quando da vida intrauterina, durante o tempo de internação que teve o propósito de salvá-la, inicialmente da morte e, posteriormente, do crack. Teve também o propósito de salvar seu filho, que permaneceu consigo em vez de ir morar em abrigos.

Depois de duas gestações acidentais, gravemente comprometidas pela intoxicação do crack, Rita decidiu que esse bebê teria uma mãe. Seria uma terceira oportunidade de experimentar o papel materno, de renunciar à condição de “bicho”, de “farrapo de gente”, como ela mesma se denominava.

Para essa decisão, corroboraram importantes fatores terapêuticos, como a manutenção dos cuidados recebidos durante a internação psiquiátrica. Tratou-se de uma internação longa, de aproximadamente três meses, que oportunizou não só a desintoxicação, mas também cuidados gestacionais e perinatais.

O grupo de técnicos que trabalhou com essa paciente acredita que a internação psiquiátrica até o momento do parto possibilita não só desintoxicação, mas também o desenvolvimento de vínculos com a equipe terapêutica, que, por sua vez, manterá um “cordão umbilical” com a mãe, a qual, de maneira geral, está a essa altura abandonada pela família. A gestante, sentindo-se amparada e tendo novos padrões de identificação materna, mesmo que protéticos, poderá vir a desempenhar suas funções maternas, quem sabe, pela primeira vez, como no caso de Rita.

Rita chamava seu bebê de “meu anjo salvador”, seu grande incentivador para a manutenção da abstinência. Mesmo que essa percepção materna represente uma inversão de expectativa quanto a cuidados, pois é de se esperar que quem cuide sejam os pais e quem seja cuidado seja o bebê, não é desconhecido o fato de que há bebês, filhos de mães depressivas, que “curam” suas mães. Os filhos de mães dependentes químicas, ponderando vários fatores, entre eles um mínimo de sanidade e desejo dessas mães, bem como de uma estrutura mínima de amparo a elas, poderão resgatá-las. Essa condição poderá ser ainda melhor do que os abrigos que são oferecidos pelo governo e que também, pelo excesso de demanda, estão sobrecarregados e têm claras limitações de atendimento.

Ao chegar a uma família, o bebê pode estar preenchendo um lugar que antes continha expectativas. A família projeta sobre seu novo integrante desejos e medos, conscientes e inconscientes, que muitas vezes pouco têm a ver com ele. Os pais projetam suas vivências, boas e más, internalizadas, no bebê que chega. Ao longo de seu desenvolvimento, o bebê identifica-se com tais projeções, determinando sua saúde mental, ou a ausência da mesma<sup>22</sup>.

Winnicott, por volta de 1940, fez a seguinte declaração: “não há tal coisa como um bebê”. Pois sempre que existe um bebê, ou seja, para sua sobrevivência, necessariamente deve haver um cuidado materno, o que significa não só o cuidado instrumental, mas sobretudo os afetos envolvidos entre a mãe e o bebê, que representam a chave para o desenvolvimento<sup>23</sup>. Com o nascimento de um bebê, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica, temporária, a qual Stern chamou de “constelação da maternidade”, quando a mãe foca sua existência vinculada ao bebê. A mãe apresenta três preocupações e discursos diferentes e relacionados, que acontecem interna e externamente: o primeiro refere-se à relação da mãe com a própria mãe – a mãe como mãe quando ela era pequena –, o segundo, o discurso consigo mesma – ela como mãe –, e, por fim, o discurso com seu bebê. Essa trilogia da maternidade passa a ser a maior preocupação da mãe e requer um grande trabalho psíquico de reelaboração mental<sup>24</sup>. Observa-se, a partir dos grupos terapêuticos, que mesmo as mães adictas, ainda que por curto espaço de tempo, apresentam essa trilogia da maternidade, provavelmente o que explica sua motivação inicial para a abstinência. Nos casos dessas mães, contudo, encontra-se uma relação extremamente problemática das gestantes e puérperas com suas próprias mães. A inexperiência e o abandono inauguram sua própria maternidade, que se depara com um bebê, na maioria das vezes, prematuro ou apresentando déficits. Essa trilogia representa uma enorme vulnerabilidade para a relação que poderá estabelecer-se entre a mãe e o bebê. Um equilíbrio delicado, que requer, portanto, maiores cuidados por parte dos terapeutas.

Em diversos momentos do grupo, a mãe Rita refere-se ao filho como “um milagre” que lhe deu ânimo para viver, e viver melhor: “ele veio ao mundo para me salvar”.

Por ocasião do aniversário de Rita, os técnicos do grupo festejaram suas conquistas com um bolo e um presente. Esse evento se deu na presença de todo o grupo, inclusive de sua mãe e seus três filhos. Quando terminou a comemoração, ela disse à mãe: “viu mãe, agora eu sou gente”.

Comemorações concretas – como a finalização de seu apartamento, o ingresso da filha na faculdade, a manutenção dos cuidados com o filho, hoje com quatro anos, os laços com ambas as filhas e com a mãe – propiciam de forma concreta e também simbólica uma construção de mundo interno.

### **Considerações finais**

Ainda não foi encontrado o método terapêutico ideal para pacientes dependentes do crack. Muitos esforços têm sido despendidos nessa direção. Ashley, Marsden e Brady<sup>2</sup> revisaram 38 publicações que davam conta de resultados de programas para mulheres, dos quais sete foram estudos randomizados. Os autores identificaram, entre outros achados, que as mulheres diferem dos homens quanto a etiologia, progressão da doença e acesso ao tratamento. Elas iniciam o uso da droga após eventos traumáticos, em geral violência física e abuso sexual, estimuladas pelos companheiros, e são criadas em ambientes nos quais

há pesado abuso de álcool. Diferentemente dos homens, apresentam baixa autoestima, sentimentos de culpa e autoacusações, bem como altos índices de doença mental, tais como transtorno bipolar, ansiedade, estresse pós-traumático e ideação suicida. Além disso, assinalam que a legislação pune as mães que usam drogas na gestação e as separa de seus filhos, o que dificulta o acesso dessas mulheres aos serviços de atendimento. Elas são ainda mais vulneráveis ao HIV do que os homens. Para essas mulheres, os tratamentos mais bem-sucedidos são os que oferecem uma abordagem específica para mulheres, que, concomitantemente, prestem atendimento a suas crianças, que ofereçam tratamento pré-natal e possibilitem que essas mães permaneçam com seus filhos em comunidades terapêuticas por longo tempo. Os autores observaram que as mães que ficaram com seus bebês permaneceram aproximadamente 300 dias em tratamento, enquanto que as que foram privadas dos filhos abandonaram o tratamento em 140 dias.

O Grupo Operativo de Psicoeducação para Gestantes e Puérperas Usuárias de Substâncias Psicoativas oportuniza a participação conjunta da mãe e seu bebê no tratamento, a flexibilidade de entrada de familiares, desde que tenham a concordância das mães, a assistência concomitante às crianças quando possível e, especialmente, os vínculos estabelecidos desde o momento da internação da paciente até o ingresso no grupo. Essa modalidade de atendimento mostrou-se efetiva para a paciente aqui referida e sua família.

## Referências

1. Howell EM, Heiser N, Harrington M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1999;16(3):195-219.
2. Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2003;29(1):19-53.
3. Wright A, Walker J. Management of women who use drugs during pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2007;12(2):114-8.
4. McMurtrie C, Rosenberg KD, Kerker BD, Kan J, Graham EH. A unique drug treatment program for pregnant and postpartum substance-using women in New York City: results of a pilot project. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1999;25(4):701-13.
5. Freud S. *Além do princípio do prazer* (1920). Rio de Janeiro: Imago; 1974.
6. Mees LA. *Abuso sexual: trauma infantil e fantasias femininas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 2012.
7. Shengold L. *Murder, violence, and soul murder: did it really happen? and a note on therapy. Soul murder revisited: thoughts about therapy, hate, love, and memory*. New Haven and London: Yale University Press; 1999. p. 257-86.
8. Tetelbom M, Quinalha ABF, Defavery R, Zavaschi ML. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1991;40(3):145-8.
9. Pichon-Rivière E. *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
10. Zimerman DE. A função “continente” do grupo. In: Zimerman DE. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 97-102.

11. Zimerman DE. Vínculos e configurações vinculares. In: Zimerman DE. Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 21-35.
12. Yalom ID. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Freiberg S. Clinical studies in infant mental health: the first year of life. London: Tavistok Publications; 1980.
14. Cramer B, Palacio-Espasa F. O funcionamento mental do pós-parto: uma nova tópica. In: Técnicas psicoterápicas mãe/bebê: estudos clínicos e técnicos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993, p. 25-39.
15. Zavaschi MLS, Costa F, Brunstein C, Filho AGC, Zimmermann H, Kruter BCÇ, et al. Ambulatório pais-bebês: experiência em um hospital escola. Revista HCPA. 1999;19(1):108-16.
16. Piontelli A. De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago; 1995.
17. Weiss RD, Iannucci RA. Cocaine-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2009. p. 1318-31.
18. Stein MD, Cyr MG. Women and substance abuse. Medical Clinics of North America. 1997;81(4):979-98.
19. Ramos S de P. What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? International Journal of Psychoanalysis. 2004;85(2):467-87.
20. Abraham K. Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo (1908). In: Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Hormé; 1959. p. 60-67.
21. Pechansky F, et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brasil. Drug and Alcohol Dependence, EUA. 2006;82(1):S109-S113.
22. Albornoz ACG. Fantasmas no berço e o psiquismo do bebê. Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia. 2006;25(2):155-63.
23. Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; p. 38-54.
24. Stern DN. A constelação da maternidade. In: --A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

## Correspondência

*Maria Lucrecia Scherer Zavaschi*

Rua Ramiro Barcelos, 2350

90.003-020 Porto Alegre/RS

mzavaschi@gmail.com

Submetido em: 17/12/2013

Solicitação de reformulações em: 16/05/2014

Retorno dos autores em: 24/06/2014

Aceito em: 10/07/2014