

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

SIMONE ARAÚJO DA SILVA

**Ressonâncias psíquicas maternas na psicose do filho:
Uma leitura Psicanalítica**

**SÃO PAULO
2019**

SIMONE ARAÚJO DA SILVA

**Ressonâncias psíquicas maternas na psicose do filho:
Uma leitura psicanalítica**

Versão original

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutora.

**Área de Concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano**

**Orientadora: Prof.^a. Dra. Eda Marconi
Custodio**

**Coorientadora: Prof.^a. Dra. Eliana Herzberg
(PSC-IPUSP)**

**SÃO PAULO
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Simone Araújo da

Ressonâncias psíquicas maternas na psicose do filho: Uma leitura psicanalítica /
Simone Araújo da Silva; orientadora Eda Marconi Custodio ; co-orientadora
Eliana Herzberg. -- São Paulo, 2019.

143 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2019.

1. Psicose. 2. Saúde Mental. 3. Maternidade . 4. Relações mãe-criança . I. Custodio
, Eda Marconi , orient. II. Herzberg, Eliana, co-orient. III. Título.

SIMONE ARAÚJO DA SILVA

**RESSONÂNCIAS PSÍQUICAS MATEERNAS NA PSICOSE DO FILHO:
UMA LEITURA PSICANALÍTICA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

**Para os meus queridos avós Maria Rosalina e
Francisco de Paulo Araújo
(*in memoriam*)**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Eda Marconi Custodio pela confiança e acolhida do tema desta investigação. Obrigada pela dedicação e disponibilidade em contribuir durante todas as etapas da pesquisa.

À minha coorientadora Professora Eliana Herzberg pela acolhida e receptividade na Universidade de São Paulo. Seus questionamentos e olhares contribuíram significativamente para o desenvolvimento dessa pesquisa. Obrigada pelas lições e apoio ao longo desse percurso.

À Professora Izabella Paiva pelas valiosas contribuições durante o Exame de Qualificação e pela disponibilidade gentil em contribuir com a Banca de Defesa.

Ao professor Doutor Rui Paixão e à Universidade de Coimbra pela acolhida, apoio e suporte durante a mobilidade internacional, o que me proporcionou experiências enriquecedoras para o meu caminho pessoal, profissional e acadêmico.

À minha família pelo apoio e suporte oferecidos para que esse projeto de vida se realizasse, em especial à Maria do Socorro, Alvorino Solarin, Paulo Antônio, Alvorino Solarin Júnior, Carolina Nascimento e o meu pequeno afilhado Heitor.

Aos meus queridos amigos e amigas Aryanne Freitas, Halanderson Pereira e Lidiane Ferreira – pelo incentivo constante nesse caminhar profissional e pessoal. Em especial, à minha amiga e irmã Luciana Lima pela atenção e carinho desde os tempos do ensino médio, com a qual compartilho experiências profissionais e pessoais.

Às amigas Vivian Neves e Grace Sampaio, uma portuguesa que mora em São Paulo e uma brasileira que mora em Portugal, pelo afeto e cuidado nos momentos em que estive longe da família.

Às amigas e colegas de pós-graduação– Gislaine Chaves e Elizabeth Rabelo - pela amizade afetuosa, convivência e conversas proveitosas nos momentos de descontração no IPUSP.

Às mães participantes da pesquisa que compartilharam seus amores, suas dores, suas experiências e histórias de vida no cuidado com os seus filhos.

Aos colegas das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS i e CAPS Madeira Mamoré) pelo apoio dado e por compartilhar experiências profissionais riquíssimas nos serviços de saúde mental. Em especial, à Priscila Umbeline e Daniel Amaral por toda a ajuda e carinho.

Às instituições de pesquisa em Portugal pela receptividade e apoio durante a mobilidade internacional nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra.

Às secretarias, docentes e equipe do IPUSP pela disponibilidade e ajuda recorrente em questões administrativas a partir de suas ações cotidianas nas instituições públicas de ensino. Aos docentes, pelas contribuições significativas para a pesquisa durante o caminhar da investigação.

À minha analista Renata Munhoz pela escuta sensível ao longo de todo o percurso.

Ao CNPq pelo incentivo financeiro e apoio institucional durante todos o período de desenvolvimento desta pesquisa.

À CAPES pelo apoio científico e financeiro durante o estágio na modalidade sanduíche no exterior, uma experiência ímpar na minha formação pessoal e profissional.

Muito obrigada a todos!

“Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permanecerá apenas vago e sufocador...”
(Clarice Lispector, 1999, p. 134)

RESUMO

SILVA, S.A. (2019). *Ressonâncias psíquicas maternas na psicose do filho: Uma leitura psicanalítica* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

As interfaces entre família e psicose se apresentam como temáticas crescentemente debatidas nos meios acadêmicos em decorrência da prática clínica nos serviços de saúde mental. O desencadeamento da crise psicótica na adolescência e início da vida adulta pode acarretar mudanças nos projetos de vida individual e grupal dos membros familiares. Por serem consideradas as principais responsáveis pelo cuidado, as mães relatam predominantemente os sentimentos de culpa e impotência, bem como as experiências de isolamento social e sobrecarga emocional. Nesse contexto, esta pesquisa se propôs a investigar as ressonâncias psíquicas em mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos, com enfoque para a análise e descrição dos modos de reação simbólica e estratégias psíquicas maternas após o desencadeamento da psicose no filho adolescente ou adulto. Trata-se de um estudo exploratório e clínico-qualitativo com a realização de consultas aos prontuários, de entrevistas semiestruturadas e a aplicação das pranchas 1, 2, 3RH, 16 e 19 do Teste de Apercepção Temática. Participaram da pesquisa duas mães que relataram as suas histórias de vida, incluindo a relação delas com os seus filhos tidos como psicóticos, os quais encontram-se em acompanhamento em Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Porto Velho, estado de Rondônia. Para a análise e interpretação dos casos, discutiu-se o material clínico proveniente das entrevistas e da técnica projetiva, segundo os aportes da teoria Psicanalítica. Os resultados ilustraram as histórias de vida permeadas pelo abandono materno e/ou paterno com repercussões psíquicas significativas para o modo de se constituírem como mulheres e mães. Questões como a sexualidade feminina, as identificações, o investimento e desejo na gravidez e a maternidade apareceram como emblemáticas na dinâmica subjetiva dessas mães. Somado a isto, os discursos maternos remeteram a perdas simbólicas e reais, contudo a permanência do filho idealizado dificulta a possibilidade de elaboração de um luto. Nesse sentido, como proposta de dispositivo clínico-institucional, pontua-se a necessidade de um trabalho terapêutico em que as palavras possíveis sobre um luto da relação mãe-filho possam emergir. Partindo dessas considerações, essa investigação se insere em uma das iniciativas que teve o objetivo de propiciar um espaço de escuta às mães de pacientes psicóticos e contribuir para o manejo clínico das equipes, uma questão desafiadora para a clínica em Saúde Mental.

Palavras-chave: *Psicose. Saúde mental. Maternidade. Relações mãe-criança.*

ABSTRACT

SILVA, S.A. (2019). *Maternal psychic resonances in child psychosis: A psychoanalytic reading* (Doctoral Thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The interfaces between family and psychosis are presented as subjects increasingly debated in academic circles due to clinical practice in mental health services. The onset of the psychotic crisis in adolescence and early adulthood can lead to changes in the individual and group life plans of family members. Because they are the main caregivers, mothers predominantly report feelings of guilt and impotence, as well as experiences of social isolation and emotional overload. In this context, this research aimed to investigate psychic resonances in mothers of psychotic adolescents and young adults, focusing on the analysis and description of modes of symbolic reaction and maternal psychic strategies after the onset of psychosis in the adolescent or adult child. It is an exploratory and clinical-qualitative study with the consultation of medical records, semi-structured interviews and the application of the 1, 2, 3RH, 16 and 19 Thematic Apperception Test. The study included two mothers who reported on their life stories, including their relationship with their psychotic children, who are being followed up at Psychosocial Care Centers in the city of Porto Velho, state of Rondônia. For the analysis and interpretation of the cases, we discussed the clinical material coming from the interviews and the projective technique, according to the contributions of the Psychoanalytic theory. The results illustrated the life histories permeated by maternal and/or paternal abandonment with significant psychic repercussions for the way of being constituted as women and mothers. Issues such as female sexuality, identifications, investment and desire in pregnancy and motherhood appeared as emblematic in the subjective dynamics of these mothers. In addition, the maternal discourses referred to symbolic and real losses, but the permanence of the idealized child hinders the possibility of mourning. In this sense, as a proposal of a clinical-institutional device, the need for a therapeutic work in which the possible words about a mourning of the mother-child relationship can emerge. Based on these considerations, this research is part of one of the initiatives that aimed to provide a space for listening to the mothers of psychotic patients and to contribute to the clinical management of the teams, a challenging issue for the Mental Health Clinic.

Keywords: *Psychosis. Mental Health. Motherhood. Mother child relations.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos casos clínicos.....	54
Quadro 2 - Principais tópicos recolhidos na consulta aos prontuários.....	56
Quadro 3 - Temas evocados pelos estímulos.....	59
Quadro 4 - Pautas para análise e interpretação do TAT.....	60
Quadro 5 - Encontros com Fátima.....	69
Quadro 6 - Descrições das Pranchas 1, 2, 3RH, 16 e 19 (Fátima)	77
Quadro 7 - Encontros com Laura.....	90
Quadro 8 - Descrições das Pranchas 1, 2, 3RH, 16 e 19 (Laura)	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento De Pessoal De Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil/Infanto-Juvenil

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª versão.

DSM V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição

PePSIC - Periódicos Eletrônicos de Psicologia

Pr – Prancha

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TAT – Teste de Apercepção Temática

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa do estudo	22
1.2 Objetivos.....	23
2. MATERNIDADE E FUNÇÃO MATERNA	25
2.1 Maternidade em seus aspectos históricos	25
2.2 Os primórdios da relação mãe-bebê e a função materna.....	27
2.3 A constituição psíquica do sujeito	32
3. TEORIA E CLÍNICA DA PSICOSE	35
3.1 A Psicose em Freud	35
3.2 Tramas lacanianas sobre a Psicose	40
3.3 Questões Diagnósticas e o campo da Saúde Mental	43
4. PERCURSO METODOLÓGICO	48
4.1 Tipo de Pesquisa	48
4.2 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....	50
4.3 Participantes da pesquisa.....	52
4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	55
4.4.1 Consultas aos prontuários	55
4.4.2 Entrevistas clínicas semiestruturadas	56
4.4.3 Teste de Apercepção Temática	58
4.5 Análise e interpretação dos Resultados	61
4.6 Aspectos Éticos.....	64
5. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
5.1 Fátima e Henrique: O receio materno.....	66
5.1.1 Antecedentes Clínicos	66
5.1.2 Os encontros com Fátima	69
5.1.2.1 Recortes da história de vida da mãe	69
5.1.2.2 Fátima e a psicose de Henrique.....	73
5.1.2.3 Fátima e sua relação com o CAPS	76
5.1.2.4 Análise e Interpretação do TAT.....	77
5.1.3 Ressonâncias psíquicas maternas em Fátima	81
5.2 Laura e Davi: A busca pelo olhar	86

<i>5.2.1 Antecedentes clínicos</i>	87
<i>5.2.2 Os encontros com Laura</i>	90
<i>5.2.2.1 Recortes da história de vida de Laura</i>	90
<i>5.2.2.2 Laura e a psicose de Davi</i>	93
<i>5.2.2.3 Laura e a sua relação com o CAPS</i>	98
<i>5.2.2.4 Análise e Interpretação do TAT</i>	98
<i>5.2.3 Ressonâncias psíquicas maternas em Laura</i>	103
5.3 Discussão Geral	110
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas	136
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	137
ANEXO A - Carta de Aprovação Comitê de Ética	139

1. INTRODUÇÃO

O interesse pessoal na pesquisa e na prática clínica com familiares que acompanham os seus filhos em serviços substitutivos de Saúde Mental remonta aos tempos da minha graduação no Curso de Psicologia. O estágio curricular no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) me proporcionou a experiência de atendimento clínico a José¹, um senhor de 52 anos com o diagnóstico de Esquizofrenia há mais de 20 anos com comorbidade associada ao uso de substâncias psicoativas. Assim, ocorreu o meu primeiro contato de modo aprofundado com a psicose e as suas manifestações na clínica.

Posteriormente, durante a minha formação como pesquisadora no Mestrado Acadêmico em Psicologia², almejei compreender os significados e os sentidos atribuídos pelos familiares à emergência da psicose na adolescência (S.A. Silva, 2014). Esse anseio baseou-se na minha prática clínica como psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) na cidade de Porto Velho, localizada no estado de Rondônia e na região Amazônica do Brasil.

Como pesquisadora e psicóloga deste serviço substitutivo de saúde mental pelo período de 3 (três anos), tive a oportunidade de acompanhar os casos de psicose na adolescência e os seus familiares, especialmente as mães, consideradas as principais cuidadoras (Batista et al., 2013).

Esse processo proporcionou o surgimento de inquietações, dúvidas, representações e afetos, os quais me impulsionaram a aprofundar os estudos sobre a psicose, uma estrutura clínica de funcionamento que “escapa” aos padrões preestabelecidos. Pelos seus aspectos peculiares e, diversas vezes, desconhecidos pela própria equipe de saúde, a psicose, então, se apresenta como um desafio cotidiano para os profissionais e familiares. Essa premissa exige permanentemente uma atitude clínica e pessoal de escuta atenta ao que as formações delirantes e alucinações dizem e, para isso, faz-se necessário (des) vestir-se de roupagens teóricas rígidas no momento em que a situação analítica ocorre.

Com a perspectiva de dar continuidade a essas experiências e, particularmente, às indagações surgidas nos espaços acadêmicos e da prática clínica, eis que surgiram tais interrogações:

¹ Nome fictício

² Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais. Universidade Federal de Rondônia.

Após o desencadeamento da psicose nos filhos adolescentes e jovens adultos, quais seriam os modos de reações simbólicas maternas? Quais as estratégias psíquicas que as mães utilizam para enfrentar as possíveis mudanças após o diagnóstico de psicose do filho?

Essas questões de pesquisa permearam o caminho pela busca de investigações que pudessem abranger as temáticas incluídas nos Objetivos Geral e Específicos deste estudo.

Nesse sentido, na etapa da elaboração e reformulação do projeto de pesquisa, a revisão de literatura inicial foi realizada no período de agosto a dezembro de 2015 nas bases de dados abaixo citadas com a utilização de descritores específicos³, de acordo com a peculiaridade dessa investigação: *relações familiares and psicose; família and psicose; vida familiar and psicose; mães and psicose; filhos and psicose*. Posteriormente, essa revisão de literatura foi atualizada no mês de abril de 2019 com os mesmos descritores e bases de dados, considerando a necessidade de incluir possíveis estudos e investigações publicadas entre os anos de 2016 e 2019.

As interfaces entre família e psicose se apresentam como temáticas crescentemente debatidas nos meios acadêmicos em decorrência da prática clínica nos serviços de Saúde Mental. No contexto brasileiro, ao realizar uma busca rápida pelas principais bases de dados com o termo “Psicose”, verifica-se uma produção relevante de estudos realizados, conforme assinala o quadro abaixo:

Bases de Dados	Resultados
Scientific Eletronic Library Online (SciELO.org)	N = 299
Banco de Teses e Dissertações de CAPES	N = 820
Periódicos eletrônicos em Psicologia (Pepsic)	N = 276
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)	N = 374

Dentre os inúmeros trabalhos encontrados, há a predominância de estudos teóricos sobre a psicose a partir da metapsicologia freudiana, trabalhos acerca da clínica da psicose nos serviços de saúde mental na forma de experiências institucionais ou nos relatos de casos, e pesquisas de diferentes áreas (Saúde Pública/Coletiva, Enfermagem Psiquiátrica, Psiquiatria, Neurologia etc.), especialmente a respeito da farmacologia para o tratamento de psicóticos.

³ Esses descritores foram selecionados após a consulta às Terminologias em Psicologia no site da Biblioteca Virtual de Psicologia (BVS-Psi).

Contudo, após o aprofundamento dos textos, foram selecionados somente aqueles que possuem aproximações teórico-clínicas com o tema desta investigação, a partir dos seguintes critérios: a) tratar-se de estudo de caso e/ou relato de experiência de atendimento clínico a mães/familiares e filhos psicóticos; b) não constituir artigo de revisão de literatura; c) não constituir artigo sobre os constructos teóricos no âmbito da Psicose.

Quanto às publicações específicas sobre família e psicose, verificou-se o predomínio de temas como: o sofrimento psíquico grave e o mal-estar familiar (Costa 2001; Costa 2008), as sobrecargas emocionais, físicas, econômicas e inter-relacionais decorrentes dos cuidados (Almeida, 2009; Braga, Fernandes & Rocha, 2014; Colleti, Martins, Tanios, & Rocha, 2014; Pegoraro & Caldana, 2006), as repercussões subjetivas de familiares após o diagnóstico (Rodrigues Rocha & Rodrigues Silva, 2013), a satisfação do familiar cuidador e suas fontes de satisfação (Dinis, Rodrigues-Ferreira & Carvalho, 2014), os aspectos específicos da dinâmica em famílias em que há um membro psicótico (Prado, 1992), a análise dos vínculos de famílias atravessadas por uma crise psicótica (Omena, 2014), bem como o delírio do paciente psicótico estruturado a partir das relações familiares transgeracionais (Oliveira, 2004).

Esses achados corroboram o que Jonas Melman abordou em sua obra *Família e Doença mental* (2006), uma importante contribuição nesse campo de investigação. A partir de sua experiência clínica e institucional com grupo terapêutico de familiares no âmbito da saúde mental, o autor discorreu sobre as narrativas de perplexidade, inconformidade, abalo das certezas e das estabilidades, isolamento afetivo e social, desconforto, vergonha e inquietação. Somado a isto, foram identificados relatos sobre a busca dos familiares por respostas a partir de erros no passado, o apelo aos especialistas e as vivências restritas em torno da doença com a consequente intensificação dos vínculos. O autor também pontuou a ferida narcísica dos pais em decorrência da auto estima devido às eventuais responsabilidades, o que encontra similaridades com a presente pesquisa.

Por sua vez, algumas pesquisas nesse espectro abordam a interface entre família, psicose e os cuidados em saúde mental, tais como: a clínica de família nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (Neves & Omena, 2016), as formas de inserção da psicanálise em um serviço multidisciplinar (Ribeiro, 2014), o atendimento ao psicótico no CAPS a partir das perspectivas do paciente, de sua família e dos profissionais (Carvalho, 2008; Cirilo, 2006; Durão, 2004), as especificidades da Atenção Domiciliar em saúde mental como modalidade

interventiva em famílias (Khouri, 2017), as práticas de cuidado em saúde mental dispensadas pelas famílias bem como os significados atribuídos a esse cuidado (M.S. Silva, 2007; Santoro, 2011).

Uma das mais importantes contribuições nessa área refere-se à obra de Jairo Goldberg *Clínica da psicose – um projeto na rede pública* (1996), na qual o autor aborda a clínica da psicose a partir de sua experiência como agente institucional no processo de reforma psiquiátrica no estado de São Paulo. Em sua experiência clínica com pacientes psicóticos em diferentes dispositivos de atenção psiquiátrica, Goldberg critica a predominância da intervenção centrada na perspectiva médica em que o foco está na remissão e/ou na reagudização dos sintomas. E defende que essa modalidade de intervenção implica em um jogo familiar projetivo, onde a fala do paciente torna-se desqualificada em prol do ponto de vista da família; assim, o abandono do tratamento pelo paciente se apresenta como uma possibilidade recorrente nos serviços de saúde mental.

Tânia Tsu discutiu em sua obra *A internação psiquiátrica e o drama das famílias* (1993) o papel da internação como uma problemática intrínseca às famílias que convivem com pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. O estudo indicou que, mais do que as condições clínicas e psiquiátricas do paciente, a sobrecarga, a atitude e o discurso do familiar acompanhante aparecem como imprescindíveis para a decisão do profissional médico em internar ou não o paciente. E nessa vertente de estudo, Dalla Vecchia & Martins (2006) investigaram as modificações no cotidiano de familiares de pessoas que passaram por internação psiquiátrica e os significados implicados neste processo. Enquanto Moura (2011) aprofundou a situação de vida e de cuidado familiar de jovens em internação psiquiátrica a partir das mudanças nos projetos de vida individual e grupal dos membros familiares após a emergência da psicose na adolescência e início da vida adulta. A autora identificou o processo de luto materno em relação ao filho psicótico no relato de uma das entrevistadas a partir da não aceitação das consequências após o diagnóstico psiquiátrico. No entanto, não houve o aprofundamento da impossibilidade da experiência de luto materno, temática que será abordada neste estudo.

A ampliação recente dos cuidados aos familiares nos serviços de saúde mental foi pontuada nesses estudos mencionados acima, embora muitas vezes esse cuidado permaneça restrito às informações e orientações específicas para o acompanhamento do paciente. Contudo,

a responsabilização progressiva da família sem a existência de um aparato social complexo que possa sustentar essa demanda foi apontada como uma problemática. As publicações reiteram a importância do olhar e da atenção que devem ser dirigidos às famílias, pois trata-se de um elo imprescindível para a reflexão acerca do modelo de reabilitação psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica (Brasil, 2004).

No tocante à especificidade da relação familiar na situação dos primeiros episódios psicóticos, predominam assuntos como: o impacto das primeiras crises psicóticas com repercussões na vida do paciente, de sua família e da sociedade (Carvalho & Costa, 2008; Carvalho, Costa & Bucher-Maluschke 2007), a busca realizada por familiares para ajuda e tratamento (Monteiro, 2004; Sinatora, 2005), as necessidades de informação de familiares (Martin, 2013), o manejo das crises psicóticas com enfoque no cuidado ao ambiente do indivíduo em crise e sua família (H.C.S.R. Silva, 2017), o atendimento familiar individual e o grupo de ação multifamiliar desenvolvidos no Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico (APEP) na perspectiva dos familiares e pacientes (Paitach-Oliveira, 2018), as repercussões do ambiente religioso protestante pentecostal e neopentecostal na formação das primeiras crises do tipo psicótica (Mano, 2010), a relação entre as dinâmicas tanto individuais quanto familiares e fatores de risco e proteção para o engendramento de uma crise do tipo psicótica (Beckmann, 2018) e os significados atribuídos ao adoecimento mental, no contexto da adolescência, pelos familiares de jovens que vivenciaram o primeiro episódio psicótico (Giacon, 2014).

Grande parte dos trabalhos acima referem-se a produções do Grupo de Intervenção Precoce nas primeiras crises do tipo psicótica (GIPSI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Os trabalhos restantes deste tópico relacionam-se ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

No que se refere aos estudos específicos sobre a relação mãe-filho na psicose, a dificuldade de diferenciação da mãe com o filho adolescente (Costa, Brasil & Zanello, 2015) foi discutida e, nos casos de crianças psicóticas, foram abordados as queixas, a onipotência e a ambivalência materna (Benhaim, 2004), as configurações transferenciais que tem se apresentando na clínica psicanalítica com pais de crianças psicóticas, autistas ou esquizofrênicas (Lerner, 2002), o sofrimento materno e suas implicações nos destinos do tratamento de uma criança psicótica a partir da Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche

(Melo, Andrade & Lima, 2012), o atendimento da Psicose Infantil numa instituição de saúde (Pugliesi, 2009) e a simbiose mãe e filho nas psicoses à luz do pensamento kleiniano (Cerqueira, 2011).

Partindo dos resultados da revisão, observou-se que na perspectiva da Psicanálise, destacam-se as abordagens da Transmissão Psíquica Transgeracional e da Psicanálise das Configurações Vinculares, especialmente nas investigações que abordam as relações familiares e a psicose. Conforme os pressupostos da Psicanálise vincular na clínica de família, se utilizam as asserções em que o psicótico seria o depositário das tensões de todo o grupo familiar.

Quando se delimita para a relação mãe e filho na psicose, encontra-se predominantemente relatos de casos clínicos entre mães e crianças com abordagens da Psicanálise lacaniana. A única pesquisa encontrada que se aproxima do presente estudo se refere à tese de Soares (2015). Ancorada na perspectiva da Psicanálise, a autora estudou a atualidade dos constructos teóricos formulados por Freud, Lacan e Aulagnier sobre as psicoses, por meio da escuta dos discursos de duas mães de filhos tidos como psicóticos. Em sua investigação, os desencontros que se manifestam entre as funções materna, paterna e os cuidados com o filho são apontados como constituintes de uma psicose na psicodinâmica da família.

Diante dessas considerações precedentes, a proposição deste estudo reside na premissa de que o desencadeamento psicótico no filho e a sua posterior estabilização podem ter como efeito uma perda simbólica materna. Pois, cada mãe possui um modo singular em seus cuidados e convivência com o filho, contudo na psicose haveria uma experiência de perda simbólica do objeto amoroso pelo investimento e o depósito afetivo no filho outrora idealizado. Uma experiência de luto, com repercussões na ferida narcísica de mães de sujeitos psicóticos.

A elaboração dessa proposição baseia-se na asserção sobre o processo de constituição da maternidade. Processo que demanda o investimento afetivo inicial no bebê, na criança e, posteriormente, no filho adolescente ao delinear os meandros das expectativas e anseios dos pais frente ao desvelamento do tornar a ser. Tal desvelamento incide sobre a condição parental como ideal egóico, em que os filhos se constituem como prolongamento narcísico dos próprios pais (Freud, 2010/1914).

A representação do filho idealizado associa-se a um projeto de vida singular, familiar e social em que o adolescente e o jovem adulto constituem baluartes máximos do futuro. A idealização pode ser compreendida como uma operação no âmbito da libido do Eu e da libido

de objeto. Ocorre quando o objeto é aumentado e psiquicamente elevado para substituir um ideal não alcançado do próprio Eu (Freud, 2010/1914; 2010/1921).

Caso esse projeto de vida deixe de existir ou precise ser ressignificado, faz-se necessária a elaboração de uma posição narcísica e uma re (inscrição) da posição subjetiva (Benhaim, 2004). O desencadeamento da crise psicótica na adolescência ou na vida adulta podem desencadear mudanças nos projetos de vida individual e grupal dos membros familiares.

Na experiência materna, especialmente como principal cuidadora, essa situação pode denotar repercussões ainda mais significativas, às quais podem ser situadas pelos relatos maternos acerca da esperança de remissão dos sinais e sintomas psiquiátricos e as queixas maternas sobre a personalidade e as vicissitudes da condição do filho psicótico. Benhaim (2004) discute essas queixas, recorrentes relatadas nos serviços de saúde, como uma garantia da permanência do objeto idealizado e, conseqüente, a evitação ao processo de luto das perdas simbólicas e reais. Essas possíveis perdas sucessivas associadas à condição psicótica do filho – o estudo, o trabalho, as relações familiares outrora estabelecidas com o filho “sadio” e a sua própria saúde mental – podem resultar em intenso sofrimento materno.

Ao abordar as possíveis perdas simbólicas e reais, cabe abordar o texto *Luto e Melancolia* de Freud (2010/1917), o qual traz a concepção de luto como uma reação à perda seja de um ente querido, de uma abstração que ocupou o lugar de um ente querido ou mesmo do ideal de alguém. Envolve afastamentos do que constitui uma atitude considerada normal para com a vida, entretanto não se constitui como uma condição patológica em si. Após certo tempo, espera-se que essa condição seja superada e por isso, não se faz necessário quaisquer interferências durante o processo de luto. Contudo, em algumas pessoas, essa mesma perda pode desencadear estados depressivos, ou mesmo, a melancolia, ao invés de luto.

Nesse sentido, o processo de luto pode ser considerado como uma tarefa psíquica particularmente difícil, pois envolve uma enorme supressão de afeto, empobrecendo o Eu no que se refere à energia disponível, e reduz o seu dispêndio em muitos lugares simultaneamente (Freud, 2010/1926).

Retomando a proposição do presente estudo, considera-se que na experiência de ser mãe de um filho psicótico, cada mãe pode reagir de modo diferente: a) pode iniciar o processo de luto das perdas simbólicas e reais; b) na impossibilidade de elaboração do luto, abrir possibilidades de uma ferida melancólica, ou mesmo, c) desencadear a produção de sintomas

físicos e psíquicos. Todas essas possíveis situações descritas remetem a modos de reação e estratégias do psiquismo materno para lidar com a ferida narcísica pela perda do filho ideal.

Cabe ressaltar que a intensidade das experiências e dos cuidados maternos acrescidos às necessidades de adoção de modos de lidar e estratégias concretas de enfrentamento podem dificultar ou postergar o processo de luto. Essas mães que convivem há mais tempo com o diagnóstico de psicose em filhos adultos apresentam estratégias de enfrentamento e modos de lidar consolidados no cotidiano dos cuidados oferecidos. Contudo, essas situações não indicam necessariamente que essas mães passaram por um processo de elaboração de perdas simbólicas, ou mesmo, que as representações simbólicas da psicose estejam associadas a um processo de luto materno do filho psicótico. Ou seja, a sobrecarga associada aos cuidados intensos no cotidiano pode impossibilitar a apropriação por essas mães de um espaço próprio para a elaboração psíquica do sofrimento.

Neste contexto, serão enfatizados as estratégias psíquicas maternas e os modos de reação por meio dos quais cada mãe interpreta e elabora psiquicamente suas experiências, sejam elas concebidas como perdas simbólicas ou não. Esses enfoques encontram-se alinhados com o objetivo geral e título desta investigação, em que a palavra *Ressonâncias* pode ser conceituada como o “ato ou efeito de ressonar, de repercutir”, e em seu sentido figurado, encontra-se associada aos significados de repercussão e reação⁴. Assim, este trabalho possui uma aproximação com o trabalho de M.A.S.M. Silva (2013) “*Perda materna na adolescência: Ressonâncias psíquicas*”, o qual utiliza o referido termo como as diversas reações que os sujeitos podem apresentar como reações às perdas, ou seja, as possíveis repercussões emocionais e psíquicas da perda materna no funcionamento do Eu e de sua vida, passíveis de observação na prática clínica.

Em sua gênese, ressonância refere-se a um termo musical e a sua escolha neste estudo remonta à dimensão material da voz e do som que se propaga de um elemento a outro. O eco da ressonância tem como efeito o ato da fala, no qual momentos e movimentos do sujeito implicam a singularidade da palavra no espaço clínico (Mattos, 2012).

Partindo das considerações precedentes, as elaborações teórico-clínicas a serem cernidas emergiram da própria prática clínica no âmbito da reabilitação psicossocial de pacientes psicóticos e suas famílias. A intensidade dessas experiências e dos cuidados somadas

⁴ Dicionário Aurélio Online. Recuperado de: <https://dicionariodoaurelio.com/>

às necessidades de adoção de modos de lidar e estratégias concretas de enfrentamento podem tornar o processo de luto cada vez mais lento e doloroso.

1.1 Justificativa do estudo

Com base no panorama teórico descrito, a presente pesquisa se justifica em virtude da sua relevância acadêmica, social e clínica na atualidade. Apesar das similaridades com alguns estudos no tocante à ferida narcísica dos pais (Melman, 2006), à referência ao processo de luto (Moura, 2011) e os constructos teóricos da Psicanálise para análise e interpretação dos discursos maternos (Soares, 2015), a especificidade desta pesquisa reside no enfoque para os modos de reação e estratégias psíquicas maternas.

Ademais, o tempo do diagnóstico e a opção por duas instituições com atendimento de adolescentes e adultos constituem aspectos a serem analisados nos discursos maternos acerca da elaboração da posição narcísica, ou mesmo, do processo de luto. Posto que a leitura psicanalítica a respeito das posições subjetivas maternas permite o desvelamento dessa relação com o filho psicótico. Relação que incide sobre o lugar que ele ocupa enquanto objeto de desejo desde sempre no inconsciente materno e somente uma análise dos relatos maternos poderia elucidar (Aulagnier, 1990).

A relevância clínica surge como uma contribuição para construções teóricas e proposição de diretrizes para um dispositivo clínico em serviços substitutivos de Saúde Mental, o que propicia as equipes multiprofissionais. As implicações podem ser situadas como possibilidade de inclinar e sustentar uma escuta clínica diferenciada às mães e famílias de sujeitos em sofrimento psíquico grave e/ou estruturados na psicose.

Os questionamentos surgidos durante o processo de construção da dissertação de mestrado e a prática clínica do CAPS i, somados os grupos de estudo e supervisão com equipes de outros serviços substitutivos de saúde mental contribuíram sobremaneira para o percurso paulatino de lapidação dos contornos desta pesquisa.

Destaca-se, ainda, a relevância social no que se refere à importância dos estudos em que são priorizadas as análises das questões políticas e sociais a fim de debater os rumos do processo de reforma psiquiátrica no país, indagações essenciais para o contexto desta pesquisa. Pois, a

subjetividade histórica e social também constitui um sujeito do inconsciente como propõe a Psicanálise, especificidade da leitura desse estudo.

Finalmente, a abordagem de estudos teóricos e clínicos nessa vertente de análise mostra-se de suma importância ao se considerar a interface da Psicologia com outras áreas do conhecimento com vistas à melhoria do atendimento e tratamento para as famílias e pacientes atendidos nos serviços de saúde mental.

Melman (2006) aponta que o modo como cada família irá reagir à emergência da psicose dependerá de quesitos culturais, religiosos, econômicos e sociais, os quais influenciam nas representações. E assim, cabe a indagação: o modo como cada mãe irá reagir, dependerá do quê? Nessa perspectiva, elenca-se os objetivos desse estudo:

1.2 Objetivos

Objetivo Geral:

- Investigar, com profundidade, as ressonâncias psíquicas em mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar os modos de reação simbólica maternas após o desencadeamento da psicose no filho adolescente ou adulto;
- Verificar quais são as estratégias psíquicas utilizadas pelas mães para enfrentar a situação atual;
- Discutir uma proposta de dispositivo clínico-institucional nos serviços de saúde mental destinadas às mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos.

Para a constituição da parte teórica do presente estudo, o texto se apresenta em cinco capítulos:

No primeiro capítulo, serão abordadas as temáticas da maternidade e da função materna a partir de um resgate de sua historicidade no decorrer dos séculos e dos seus movimentos na contemporaneidade. Acresce-se, a constituição psíquica do sujeito, os primórdios da relação

mãe-bebê e a função materna serão conceituados e discutidos no contexto deste primeiro capítulo.

No segundo capítulo, serão explanados os aspectos teóricos e clínicos da psicose a partir das conceituações de Freud, as tramas lacanianas sobre a Psicose e, por fim, uma discussão sobre as questões diagnósticas em interface com o campo da Saúde Mental na clínica das psicoses.

No terceiro capítulo, será descrito o percurso metodológico da presente pesquisa com apontamentos sobre o método clínico-qualitativo em suas interfaces com o estudo de caso. Serão versadas as peculiaridades de abordagem e de emprego dos instrumentos de coleta de dados nos serviços de saúde, especificamente na atenção psicossocial bem como os aspectos éticos envolvidos.

No quarto capítulo, a análise, interpretação e discussão dos resultados serão apresentadas utilizando-se os antecedentes clínicos, as entrevistas clínicas e o material decorrente da aplicação do Teste de Apercepção Temática - TAT. Nesta seção, será realizada uma análise e discussão geral contemplando e integrando o material individual, incluindo as principais semelhanças e divergências entre os casos clínicos.

Por fim, no quinto capítulo, serão discutidas as considerações finais acerca dos entraves e vicissitudes da pesquisa, as peculiaridades dos encontros com as mães, considerando as reflexões sobre o que foi analisado e interpretado.

2. MATERNIDADE E FUNÇÃO MATERNA

2.1 Maternidade em seus aspectos históricos

Com o intuito de abordar os aspectos e as configurações referentes à maternidade na contemporaneidade, faz-se necessário situar historicamente a origem do sentimento de família.

Philippe Ariés em sua obra *História social da criança e da família* (1981) realizou uma contextualização histórica que abrangeu os meados da Idade Média até o surgimento da família moderna nos inícios dos séculos XV e XVI. Para isso, o autor utilizou documentos e a iconografia como fontes de coleta de dados, o que permitiu identificar inicialmente que, durante o período medieval, não havia registros de sentimentos relacionados às famílias nucleares como na atualidade. Naquele período, predominavam a classe e a linhagem⁵, sobrepondo-se a quaisquer laços de intimidade e vínculos familiares. As relações estabeleciam-se estritamente pelo desempenho de funções sociais no âmbito público.

A infância da época era caracterizada como uma redução do ser adulto e os sentimentos relacionados a ela eram desconhecidos, posto que este período do desenvolvimento humano se restringia até o momento em que a criança necessitaria de cuidados indispensáveis à sua alimentação e manutenção. Logo que possível, as crianças eram entregues a outros núcleos familiares com o intuito de serem acompanhadas por outros adultos num processo de aprendizagem da vida cotidiana, no qual se incluíam costumes, vestimentas, modos de se comportar etc. Nessa época, a família era considerada como uma realidade moral e social, o que impedia a existência e o cultivo de afetos significativos entre pais e filhos.

Com o cenário do Renascimento, o momento histórico da modernidade e o surgimento da burguesia propiciaram a emergência de um movimento de interiorização, de aparecimento das individualidades. A família passa a ter uma valoração expressiva e a afeição entre pais e filhos pode ser evidenciada nas imagens e retratos a partir dos séculos XVI e XVII. Nesse contexto, o processo de escolarização e o progressivo aparecimento do sentimento de família emergiram concomitantemente e de modo interligados.

Dando continuidade à abordagem dos aspectos históricos, Roudinesco (2003) defende que na modernidade e na contemporaneidade, essa passagem de um grupo extensivo para um

⁵Os laços de sangue dividiam-se na questão da linhagem e da família. Progressivamente a linhagem tornou-se enfraquecida, o que contribuiu para tendência à indivisão e para a constituição de núcleos familiares.

núcleo familiar definido e bem delimitado (pai, mãe e filhos) contribuiu para o processo de aprofundamento das relações íntimas e das relações sexuais como lógica afetiva, às quais anteriormente eram regidas pela divisão do trabalho e pelo casamento.

Os núcleos familiares definidos e delimitados, por sua vez, têm passado por crescentes recomposições conjugais e familiares. Esse movimento propiciou a emergência da problemática referente à transmissão da autoridade, caracterizada pela crescente decadência dos valores tradicionais da família, escola, nação, pátria, exército, igreja e, sobretudo, da paternidade, do pai, da lei do pai e da autoridade sob todas as formas: “Sem ordem paterna, sem lei simbólica, a família mutilada das sociedades pós-industriais seria, dizem, pervertida em sua própria função de célula de base da sociedade. Ela se entregaria ao hedonismo, à ideologia do ‘sem tabu’” (Roudinesco, 2003, p.10).

Esse processo possibilitou o surgimento de uma nova ordem familiar, em que a irrupção do feminino e uma concepção atual de família questionam o antigo poder patriarcal em decorrência do declínio progressivo da autoridade paterna. Facilitada pela ausência do pai nas situações de separações e divórcios, a irrupção do feminino acarretou uma progressiva relação onipotente com a mãe, em virtude de uma “maternalização” crescente dos cuidados e da exaltação dos vínculos entre mães e filhos.

E é nesse contexto que Roudinesco (2003) situou a noção de carência paterna, popularizada em meados do século XX nas sociedades ocidentais, em que se evidenciam a ausência do pai e o lugar demarcado pela mãe. Essa noção remete ao processo de emancipação das mulheres e dos filhos em que a designação do pai depende estritamente da vontade da mãe.

O deslocamento nos novos modos de parentalidade que eclodiram no seio da família afetiva, refletido na iluminação progressiva da mãe em detrimento do pai, foi abordada por Elisabeth Badinter em sua obra *O amor conquistado: O mito do amor materno* (1985). Para defender a sua assertiva sobre a refutação da ideia de instinto materno, a autora demonstra que a relação das mães – e obviamente da comunidade - com o recém-nascido e com a criança era historicamente marcada por aspectos que atualmente seriam considerados negligentes, como a entrega dos filhos desde a tenra idade.

Somente com o passar dos séculos e, especialmente, após 1760, inicia-se uma profusão de publicações com recomendações às mães para cuidar pessoalmente dos filhos, inclusive no tocante à amamentação. Tais recomendações sobre a obrigação de como ser mãe proporcionou

a emergência do mito do instinto materno, ou seja, do pressuposto de amor espontâneo que toda mãe deveria sentir pelo filho. Assim, o amor materno passa a ser tido como um valor natural (Badinter, 1985).

Nesse sentido, a autora corroborou que o amor materno é uma construção social e cultural em uma relação de continuidade de contato e de olhar desejanste. Como sentimento, não é inato e nem perfeito, sendo passível de fragilidades (Badinter, 1985).

As tendências social e cultural em considerar que a reprodução e a maternidade fazem parte de um contínuo passam a ser questionadas pois, embora a maternidade nos dias atuais seja atravessada pelos discursos que a antecedem, a mulher não é naturalmente uma mãe. Nesse sentido, em cada época, o discurso social determina e nomeia o que/quem será considerado um bebê e uma mãe (Iaconelli, 2015).

2.2 Os primórdios da relação mãe-bebê e a função materna

Nos primórdios da relação mãe-bebê, os cuidados maternos remetem a um caminho rumo ao amor objetal, a partir do investimento libidinal no filho que a mãe deu à luz. Este filho, considerado como uma parte do seu próprio corpo, ocupa uma função na subjetividade materna e a sua tarefa residirá em lutar definitivamente por uma posição de sujeito.

No texto *Introdução ao Narcisismo* (2010/1914), Freud teorizou sobre a criança como uma representação narcísica dos pais e da cultura a partir da premissa *His Majesty, the baby*. O anseio dos pais em relação aos filhos foi abordado da seguinte forma:

Quando vemos a atitude terna de muitos pais para com seus filhos, temos de reconhecê-la como revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo há muito abandonado. Como todos sabem, a nítida marca da superestimação, que já na escolha de objeto apreciamos como estigma narcísico, domina essa relação afetiva. Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições – que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos. (p. 36)

Na perspectiva freudiana, os filhos não podem estar sujeitos às necessidades que os pais reconhecem como dominantes na vida, e sim devem concretizar os sonhos não realizados por seus pais.

Diversos autores baseados na Psicanálise teorizaram a respeito da relação mãe-bebê. Contudo, este texto não pretende aprofundar os constructos teóricos em virtude dos objetivos desta investigação, e sim mencionar algumas possíveis contribuições para a área de estudo.

Uma das contribuições se refere à obra de Winnicott (2000/1945a, 2000/1945b) sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional, a partir do estudo e da análise das relações primitivas de objeto. Em sua teoria, o conceito de *maternagem* assume uma importância primordial, em que os conceitos da *mãe suficientemente boa* e da *preocupação materna primária* remetem à uma predisposição da mulher para entender e atender as demandas do seu bebê recém-nascido, oferecendo a ele um ambiente facilitador.

O espaço potencial do bebê pode ser denotado pelos objetos/fenômenos transicionais (ursinho de pelúcia, berço, lenço, chupeta etc.) e o uso desses objetos, os quais se referem à primeira posse não-eu do bebê e surgem na superposição do mundo interno do bebê e da realidade externa-mãe. Esse uso dos objetos permite suportar o progressivo afastamento materno ao introduzir o simbólico no imaginário do bebê.

A questão do olhar materno, como ponto fundamental do verdadeiro e do falso self⁶, foi abordado por Winnicott (1975/1945c) após ter sido influenciado pelo texto *O espelho como formador da função do eu* de Jacques Lacan (1998/1966). Para o autor, no desenvolvimento emocional primitivo, o precursor do espelho é o rosto da mãe e quando o bebê olha para o rosto materno, ele vê a si mesmo. À medida que a criança se desenvolve e os processos de amadurecimento se tornam mais apurados, as identificações se multiplicam. A criança se torna cada vez menos dependente de obter de volta o eu (self) dos rostos materno e paterno, bem como dos rostos de outras pessoas com quem se encontra em relacionamento fraterno ou parental.

No entanto, alguns bebês olham e não veem a si mesmos, ou seja, não recebem de volta o que estão dando. Essa experiência acarreta consequências, como por exemplo, o prejuízo na capacidade criativa, pois passam a buscar no ambiente outros meios de obter algo de si mesmos de volta. Somado a isto, as dificuldades podem se estabelecer na direção da patologia sobre o que os espelhos têm a oferecer.

⁶ Falso self: defesa altamente organizada, que visa proteger o verdadeiro self das falhas, das intrusões e dos traumas que advêm do ambiente.

Pela ênfase ao papel do ambiente presente na obra winnicottiana (1993), a mãe apresenta uma função de *holding* (contenção), à qual consiste em permitir a integração do seu bebê, oferecer a noção de eu e não-eu bem como a diferenciação entre externo e interno. Pois, gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, sendo que o ritmo dessa separação varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. As modificações principais realizam-se quanto à separação materna como aspecto ambiental objetivamente percebido.

A função ambiental, então, constituiria em segurar, manejar e apresentar os objetos à criança. Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e é-lhe apresentado um objeto de tal modo que a sua experiência legítima de onipotência não seja violada. O resultado pode ser que o bebê seja capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele (Winnicott, 1975/1945c).

Entretanto, as inevitáveis falhas (ambientais, intrusões ou traumas acumulativos) nos cuidados maternos podem afetar o princípio de realidade ao bebê (Winnicott, 1993). Posto que em qualquer aquisição de habilidade física (engatinhar, andar, falar) pelo bebê, há sempre também o lado emocional. E os possíveis entraves nesses processos iniciais do desenvolvimento se caracterizariam pela impossibilidade de realização da tarefa desenvolvimental do bebê, em muitos casos, devido à ausência materna ou de alguém que possa exercer os cuidados maternos.

Nesse sentido, Winnicott (1993) defende que a mãe como principal agente que apresenta à criança realidade externa inicia uma jornada que se inicia no estado de indistinção entre mãe-bebê até o estado de a criança ser um indivíduo separado. Portanto, faz-se necessário um ambiente propiciador para que essa jornada ocorra, passando de um desenvolvimento da dependência absoluta inicial rumo à dependência relativa, assim como um caminhar progressivo à independência.

Em outra vertente de análise, John Bowlby (1997) a partir de sua Teoria da Ligação, explanou sobre a importância do estabelecimento de uma relação estável e permanente entre a criança e sua mãe (ou substituta) amorosa. Essa relação propiciaria os estados de maturação necessários para intervenções como o desmame e o início do engatinhar, andar, entre outras atividades.

Para o autor (2001), o vínculo entre mãe e filho constitui o primeiro e mais persistente laço afetivo, sendo de fundamental importância para a vida e para as problemáticas de saúde. Os cuidados básicos dispensados - alimentação, segurança, proteção, asseio e vestimenta –

somados à afeição e ao conforto tornam-se imprescindíveis para a sobrevivência física e subjetiva do sujeito. Por sua vez, o pai desempenha um papel secundário, não menos importante, e ganha destaque à medida que a criança pode desenvolver-se sem os cuidados imprescindíveis oferecidos pela mãe.

Assim, a qualidade dos cuidados parentais constitui uma premissa fundamental para a saúde mental futura, pois a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe – ou substituta -, com a obtenção de satisfação e prazer, propicia a base para o desenvolvimento da personalidade (Bowlby, 2001).

Na perspectiva lacaniana, a relação mãe e filho comporta três termos: a mãe, o filho e a ordem simbólica que a determina. A mãe ocupa o lugar do Outro absoluto e provê o filho de alimentos, amor e palavras, e essa atitude subjetiva instaura a criança no campo simbólico. Ela manifesta o seu desejo e faz da criança um ser desejado. Portanto, a primeira relação da mãe com o bebê encontra-se permeada por questões narcísicas, edípicas e identificações, o que influencia o anseio materno em ter o bebê e a ilusão de obtê-lo (Flesler, 2012; Iaconelli, 2015; Sobrinho, 1988).

Nos primórdios da relação mãe-bebê, a função materna encontra-se permeada por questões relacionados à necessidade, à demanda e ao desejo. O recém-nascido se apresenta como pleno, completo, em estado de indiferenciação, em um momento mítico na relação com a mãe (Jorge, 2008). A função materna, então, dá-se pela alternância entre os estados de tensão e apaziguamento do bebê, como uma resposta materna frente às manifestações das necessidades, o que permite que se estabeleça uma temporalidade durante os cuidados básicos de alimentação, vestimenta, sono etc.

A manifestação de uma necessidade denota uma instância que possui objeto definido, pertencendo ao campo do instinto, do conhecimento e da satisfação; ela só aparece alienada na demanda que, por sua vez, se articula na cadeia de significantes.

Sendo toda demanda, antes de tudo, uma demanda de amor, o objeto da necessidade é sempre obtido como objeto signo de amor. A partir da função da necessidade, o que a criança realmente busca é o amor e é isso que está por trás de toda a demanda, mascarado no pedido da satisfação de uma necessidade. Ao recusar o objeto da necessidade, a criança demanda o amor, ou seja, exige que o objeto não traga consigo apenas a marca da necessidade, mas que seja signo de amor. É a mãe, como Outro primordial, que fornece uma interpretação ao grito do sujeito e

demanda que ele aceite esse sentido dado por ela. A mãe traz em si esse Outro, que pode ou não atender a demanda do sujeito, se situando além da possibilidade de suprir as necessidades daquele. Por conseguinte, a demanda do sujeito é regulada pelo jogo de presença – ausência materna, ou seja, é preciso que o objeto falte em algum momento para que o sujeito possa demandar (A.N. Silva, 2007).

A passagem do nível da necessidade para o nível da demanda se dá por meio das trocas corporais entre o bebê e o adulto que dele se ocupa, pois considera-se que o corpo do ser é libidinável por meio dos cuidados maternantes. Nesse sentido, caberia ao adulto interpretar a necessidade do bebê (orgânica) como um pedido, como uma demanda (psíquica) posto que na ótica do bebê, ainda não existe a diferenciação eu-outro. A ilusão dos pais de que se trata de uma demanda e é endereçada a eles, se mostra como imprescindível para o que o bebê venha a se constituir como sujeito (Checchinato, 2007; Iaconelli, 2015; Vorcaro, 1999).

Assim, há uma situação de reciprocidade entre o sujeito e o Outro. O desejo do sujeito depende inteiramente de sua demanda ao Outro assim como o que o Outro demanda também depende de um posicionamento do sujeito. O sujeito percebe a importância de atender ou não a essa demanda feita pelo Outro. Enquanto a demanda se apresenta como apelo incondicional ao Outro, a necessidade introduz a impossibilidade de existir uma satisfação universal. Contudo, a demanda não anula tudo da necessidade, não a substitui completamente e é a partir da impossibilidade de sobrepor a demanda e a necessidade que surge um resto dessa articulação - *o desejo* (A.N. Silva, 2007).

O desejo tende a preencher a falta essencial que a criança sofre na operação de separação da mãe – a castração. A criança deseja ser o falo da mãe, o desejo do desejo materno, o complemento de sua falta. Na impossibilidade de completar essa hiância, o desejo vai se aplicar a substitutos maternos (Fages, 1975).

O desejo nasce a partir do Outro - este como o lugar de tesouro dos significantes que se deslocam de um lado para outro - e a ele se dirige, sendo uma busca pelo reconhecimento. O desejo nada é senão a impossibilidade da fala que, na tentativa de responder à demanda, não consegue fazer outra coisa senão reduplicar a marca, consumando a fenda que o sujeito sofre por somente ser sujeito na medida em que falta. Por sua vez, Lei e desejo, representam uma associação, cuja função é a de defesa contra a captura materna que, entregue a si mesma, não indica vias de simbolização (Sales, 2009).

Diante das considerações sobre a função materna em suas relações com a necessidade, a demanda e o desejo, ressalta-se que o autoerotismo marcaria o ponto de separação do pulsional em relação ao instintivo (Iaconelli, 2015). Para que haja a transformação das difusas pulsões auto eróticas em uma unidade narcísica denominada eu, é preciso que a antecipação e o investimento das figuras parentais no organismo infantil estejam presentes. Com o narcisismo, o corpo e sujeito se constituem a partir do outro (Birman, 1997).

Essa passagem do autoerotismo (vivência de prazer/desprazer fragmentária a partir de zonas erógenas corporais, que lhe servem de apoio) para o narcisismo (imagem unificada de si, que funda o Eu) implica a capacidade de o bebê reconhecer-se no olhar parental, como uma imagem completa. Tal imagem se sustenta num duplo reconhecimento, que passa pelo olhar do outro a quem o bebê reconhece como unidade e que reconhece o bebê nessa mesma condição (Iaconelli, 2015).

Partindo das reflexões precedentes, os aspectos históricos da maternidade, os primórdios da relação mãe-bebê e a função materna constituem premissas básicas para o desenvolvimento deste estudo. Os encontros e desencontros subjetivos na relação mãe e filho partem da pontuação de Lacan sobre a importância de ter sido desejado pelos pais (Flesler, 2012), o que na contemporaneidade, se apresenta como uma questão desafiadora para a prática clínica.

2.3 A constituição psíquica do sujeito

A constituição psíquica do sujeito remete ao lugar em que o real do organismo neonato é inserido na realidade psíquica do agente materno. Diz respeito ao termo simbólico que se localiza no campo discursivo e que preexiste ao sujeito, posto que a criança tem o seu lugar no discurso dos pais mesmo antes do nascimento. Refere-se a uma operação de antecipação e nomeação em que a criança “fala do fruto do desejo dos pais” ao ser nomeada antes do nascimento e por meio dos cuidados básicos realizados após o seu nascimento (Checchinato, 2007; Flesler, 2012; Mannoni, 1995; Vorcaro, 1999).

Para abordar a constituição psíquica, deve-se situar o estádio do espelho como um momento fundante em que a criança se encontra capturada pelo desejo materno. No texto *O estádio do espelho como formador da função do eu* (1998/1966), Lacan refere que a função desse estádio reside em estabelecer uma relação do organismo com a sua realidade. A produção

deste acontecimento pode ocorrer por volta dos 6 (seis) meses e se caracteriza predominantemente como uma identificação, uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem.

O estágio do espelho remete, então, a um tempo particular de reconhecimento pelo Outro da imagem especular, este momento quando a criança se vira para o adulto que a sustenta, que a carrega e pede-lhe uma confirmação, pelo olhar, do que ele percebe no espelho como uma assunção de uma imagem, de um domínio ainda não conquistado. É esse adulto que vai dar ao bebê o seu sentimento de unidade, a sua imagem corporal, a base de sua relação com os outros, seus semelhantes (Laznik, 1997).

A vivência da integração corporal vem a constituir para o bebê mais tarde a vivência de seu corpo, o que supõe uma articulação complexa entre a sua realidade orgânica e o olhar dos pais. Esse olhar refere-se sobretudo à uma forma particular de investimento libidinal, que permite aos pais uma ilusão antecipadora, na qual eles percebem o real orgânico do bebê, envolvido pelas representações do que poderá advir (Laznik, 1997).

Essa ilusão antecipatória dos pais remete ao que Freud (2010/1914) teorizou acerca do investimento libidinal, ou seja, a função que esse filho ocupa nas subjetividades materna e paterna. Este olhar é o que funda a possibilidade da constituição da imagem do corpo e da relação com o semelhante. O olhar está para além de qualquer habilidade orgânica; diz, sobretudo, desse investimento libidinal dos pais, dos significantes que recobrem o bebê em suas necessidades (alimentação, higiene) e, a partir disso, instaura-se uma demanda de se ver no rosto da mãe como fonte de júbilo (Laznik, 1997).

Assim, o estágio do espelho constitui um momento crucial para a constituição do eu, em que o *infans*, ainda na ausência da fala, supõe uma totalidade corporal a partir da percepção da própria imagem no espelho. O consentimento do outro que reconhece essa imagem como verdadeira propicia a apropriação e a interiorização dessa imagem - à qual carece de um lugar no grande Outro materno - pela criança. O corpo, antes despedaçado, agora é suposto como uma unidade corporal, constituindo o eu na ordem do imaginário e do sentido (Jorge, 2008).

Dessa forma, o bebê passa a uma condição imaginária de integração que antecipa as suas reais capacidades motoras contrapondo à experiência inicial de desamparo, de ausência de coordenação motora e de sensações corporais dispersas do bebê. E para que ele se reconheça como unidade corpórea no estágio do espelho, faz-se necessário a antecipação dos pais dessa

unidade para que a criança veja no espelho a sua imagem refletida como completa, embora experimente sensações motoras caóticas (Iaconelli, 2015).

Seguindo este caminho do pensamento lacaniano (1999/1958a), o processo de constituição psíquica do sujeito não segue uma ordem cronológica de tempo, o que difere da perspectiva desenvolvimentista. O primeiro tempo do Édipo se refere a relação com o desejo, a criança se coloca no lugar daquilo que é objeto do desejo materno. A relação mãe-bebê se apresenta rigorosamente dual e o modo desta relação é a alienação, marcada pelo gozo absoluto, pela completude, momento em que não há falta nem recalque. A mãe é objeto fálico para o bebê, assim como o bebê se traduz como o falo materno.

O segundo tempo constitui um momento em que o pai surge como um terceiro elemento na relação mãe-bebê. Contudo, inicialmente ele aparece apenas mediado no discurso materno, uma vez que a criança ainda permanece no lugar de objeto do desejo materno. Nesse tempo, o bebê percebe que não é ele que completa a mãe, posto que ela tem outro falo que não ele. Esse falo pode ser o pai ou quaisquer outros no lugar do pai que a mãe oferece atenção e que ocupa o lugar do bebê.

No terceiro tempo, a mensagem do pai não é mais mediada pelo Outro primordial (mãe). A mãe aparece como um ser faltante que busca o falo no pai ou em quaisquer outros lugares. O pai é aquele que tem o falo, é o desejo materno e passa a ser aquilo que falta.

É por meio da linguagem que a mãe transmite essa falta para o bebê, o qual se constitui como sujeito através da falta instaurada pela mãe. Em uma posição desejante, o bebê torna-se agora sujeito marcado pela falta. Nesse tempo, não há mais relação dual (sujeito-objeto) e sim dois sujeitos, momento em que não há mais completude e nem gozo absoluto. Isso permite que o bebê saiba que o eu é diferente de outro.

Para que ocorra transmissão dessa falta, é necessário que se opere uma castração simbólica que origina o recalque, o que permite que o bebê perca a condição de objeto/alienação. O sujeito cindido emerge ao acabar a fantasia de completude, posto que o que era só Id agora é Ego. Essa é a operação descrita como o *Nome-do-Pai* ou mesmo, a função paterna, condição em que não há mais somente a alienação, e sim a lógica da separação. Essa separação é o que possibilitará a construção do laço social, conforme veremos adiante.

Nessa perspectiva, a função paterna efetua o corte na relação mãe e filho, o qual antes estava alienado no lugar de objeto do desejo materno. Ocorre a substituição desse desejo pela

entrada da lei, à qual faz-se necessária para retirar a criança da relação imaginária com a mãe e introduzi-la no registro humano do simbólico (Sobrinho, 1988). A partir disso, a criança surge na condição de não-todo, de que não seja tudo para o sujeito materno (Checchinato, 2007; Vorcaro, 1999).

Dessa forma, a constituição psíquica do sujeito se efetua quando há incidência da função paterna sobre o desejo materno, ou seja, quando o falo entra como representante da falta. A substituição do representante-significante do desejo materno pelo representante-significante paterno, o qual nomeia o desejo materno, é o que permite a criança sair do impasse edípico, constituindo assim a metáfora paterna⁷. Assim, a criança se identifica com a figura paterna, o que culmina na formação do Ideal de Eu⁸ e o declínio do complexo de Édipo.

O Complexo de Édipo remete à função simbólica e às relações do sujeito do inconsciente com o grande Outro, sendo essencial para a transmissão da filiação e a proibição do incesto, o que limita o gozo em vários sentidos. A consistência dessa transmissão e proibição faria do pai o transmissor da lei do desejo, do desejo enquanto perda de gozo, enquanto a inconsistência dessa função simbólica pode derivar em manifestações diversas (Flesler, 2012), posto que Lacan no seminário *As Psicoses* (1998/1956) discorreu sobre a questão do diagnóstico, a partir da noção de defesa associada à função paterna.

3. TEORIA E CLÍNICA DA PSICOSE

3.1 A Psicose em Freud

Para compreender as constituições subjetivas da psicose em Freud, faz-se necessário revisitar a teoria do narcisismo como premissa fundamental neste estudo.

Freud (2010/1914) introduziu o conceito de narcisismo na teoria psicanalítica ao abordá-lo como um movimento natural de retraimento da libido sobre o eu. Um investimento libidinal

⁷Simbolização entre a criança e a mãe e substituição do pai como significante, no lugar da mãe (Lacan 1999/1958b). É o significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, que é o materno (Almeida, 2012).

⁸Em Freud, o ideal do Eu refere-se ao projeto de ideal do Eu, substituindo o narcisismo infantil. Em Lacan, a expressão refere-se, no plano simbólico, ao somatório do Eu ideal (contido no olhar da mãe) com a imagem do pai. Para os dois autores, o ideal do Eu traduz a ordem simbólica em seus aspectos culturais, sociais e grupais (Almeida, 2012).

do eu presente no funcionamento psíquico de todo o indivíduo desde o início da sua existência e que permanece ao longo de toda a vida.

No início de um deslocamento da libido, o narcisismo se torna o que condiciona a estrutura do eu, sendo que o narcisismo primário consiste em uma etapa anterior em direção ao amor de objeto e reside no amor originário de si mesmo. Ressalta-se que os movimentos da alocação da libido representam uma oposição entre a libido do Eu e a libido de objeto. Quanto mais cresce a libido do eu, mais se empobrece a libido do objeto e assim reciprocamente.

Na psicose, a libido é retirada do mundo exterior por meio do afastamento ou abandono do interesse pelas pessoas e coisas, caracterizada pela hebetude afetiva, sem substituí-las por outras na fantasia. A libido é trazida para o eu, pois a presença de insatisfação com os objetos gera uma busca de forma regressiva para si mesmo. Esse retraimento narcísico expressa-se desde o início pelo desinvestimento e pela recusa de relação com o objeto. Pois, a libido que foi retirada não busca um novo objeto, o que estabelece um estado primitivo de narcisismo.

O fenômeno do desinvestimento do mundo externo e o retraimento das pulsões libidinais leva à ruptura com o mundo externo, o que conduz à perda de contato com a realidade. No momento da ruptura com as relações objetais, o sujeito apresenta o fantasma de fim de mundo, ele experimenta a sensação de uma catástrofe iminente ou que já ocorreu. O sentimento de apocalipse é apenas a projeção, em escala planetária, de sua própria catástrofe interna que o leva a desertar do mundo objetal. Esse fantasma corresponde à entrada na psicose.

Concomitante a esse processo, ocorre a angústia psicótica que surge no conflito entre o desejo e a realidade, originária da elucidação das pulsões sexuais e agressivas. Desse modo, o narcisismo primário, antes obscurecido, torna-se agora evidenciado pela megalomania característica dos estados de alucinação e delírios psicóticos.

O sujeito pode reconquistar a relação com as pessoas e com o mundo, apesar da permanência das dificuldades em manter tais relações de objeto. Essa reconquista pode ser evidenciada pela aquisição de relações com particularidades mais difíceis do que as pessoas ao redor possam conviver, em geral, pela presença de sentimentos intensos, por vezes, hostis.

A partir de 1923 com a publicação dos textos *Neurose e Psicose* e *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud passou a caracterizar a psicose como um conflito nas relações entre o ego e o mundo externo. Como efeito de uma frustração, ou seja, uma não realização de um desejo infantil do sujeito, o qual encontra-se profundamente enraizado em sua organização

filogeneticamente determinada. Tal frustração pode ser externa ou pode proceder de um agente interno – o superego – que assumiu a representação das exigências da realidade. O seu efeito patogênico reside na derrota do ego pelo id e, como consequência, a ruptura com a realidade (Freud, 1996/1923-1924).

O ego, então, a serviço do id – vida instintual – se afasta de um fragmento da realidade, a qual é repudiada e se tenta substituí-la. Essa substituição da realidade ocorre sobre os precipitados psíquicos como traços de memória, ideias, julgamentos, anteriormente derivados da realidade objetiva. Através deles, a realidade subjetiva foi sendo constituída e representada na mente do sujeito.

Nesse interjogo entre as instâncias psíquicas (ego, id, superego) e a realidade, a psicose consistiria em duas etapas principais: uma que arrastaria o ego para longe da realidade e outra que tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com essa realidade à custa do id. Nesse sentido, a tarefa na psicose reside em conseguir, para si própria, percepções que corresponda à nova realidade mediante aos delírios e alucinações. Esses, originam-se de um caráter aflitivo e de geração de ansiedade próprias do processo de remodelamento e das forças opostas que lutam violentamente na psique do indivíduo (Freud, 1996/1924).

Durante o relato do caso Schreber, Freud (2010/1911; 1996/1924) considerou a formação do delírio como um processo de cura e de reconstrução, que contém uma parte de uma verdade histórica, pois sofre de reminiscências. Ao considerá-lo como uma possibilidade de restaurar os laços rompidos do sujeito com o mundo dos objetos, o delírio leva a libido às pessoas que ela havia abandonado pela via da projeção e constitui uma via possível para a terapêutica das psicoses.

Portanto, o delírio revela o discurso do sujeito inconsciente - lugar onde se inscreve o sujeito - e o que possibilita a apreensão do sentido do discurso depende do grau de articulação desse delírio. Essa articulação é diferente para cada sujeito, variando desde a organização do discurso paranoico até a fragmentação dos significantes na esquizofrenia (Sagesse, 2001).

Outro aspecto fundamental a ser compreendido se refere aos processos de clivagem e negação na psicose. A noção de clivagem vem, primeiramente, da Psiquiatria que a utilizou em relação à histeria e à hipnose; contudo, a clivagem se refere à cisão no interior do eu e remete à capacidade de desdobramento psíquico do ser humano, a capacidade de síntese do eu, a qual é comum e geral a todos os indivíduos.

A clivagem do eu pode ser vivenciada por qualquer pessoa diante de uma situação traumática. No trauma psíquico, a clivagem do eu cinde a psique em duas partes, uma que experimenta uma angústia de destruição da morte e outra parte que julga e observa a cena que está ocorrendo.

A diferença entre a clivagem do eu e o recalque reside na dialética intrapsíquica graças ao retorno do recalado e as formações de compromisso encontradas nos sonhos, sintomas, lapsos, presentes no recalque. Nesse sentido, a clivagem do eu não leva às formações de compromissos, apenas permite mantê-las simultaneamente sem que se estabeleçam relações entre elas, uma vez que atitudes inconciliáveis estão presentes na psique.

A clivagem do eu, comumente denominada clivagem psicótica, consiste em um mecanismo de defesa em que o eu rejeita uma representação insuportável ao mesmo tempo em que o seu afeto. O eu passa a se comportar como se a representação nunca tivesse abordado o eu do sujeito que, para evitar a ruptura, se fragmenta ou se despedaça, aceitando que uma parte da sua unidade seja separada.

Ressalta-se que o eu do sujeito pode escapar a conflitos sempre presentes e encontrar uma solução para eles, sem necessariamente recair no adoecimento, contudo não há psicose sem clivagem, embora o eu dos pacientes psicóticos nunca se separe completamente da realidade. Dessa forma, em toda psicose, pode se reencontrar duas atitudes psíquicas: uma que dá conta da realidade, considerada uma atitude normal, e outra que sob a influência das pulsões, separa o eu da realidade, que seria a produção de delírio.

O que faz a diferença na psicose é a eficácia da clivagem, pois quanto mais existe a negação da realidade, mais grave é a psicose, mesmo que haja uma parte do eu que fica em contato com a realidade na psicose. A clivagem pode não se sustentar, não ser suficientemente eficaz e levar a uma desorganização da relação com a realidade. Essa perda da realidade e o delírio podem invadir toda a psique.

Nesse sentido, o que garante a eficácia da clivagem seria a harmonia possível entre o mundo interno e o mundo externo do sujeito, os quais sofrem influência do meio ambiente, do ambiente exterior, mas também do modo como o sujeito experimenta em seu interior suas próprias relações. Isso permite ao sujeito encontrar organizações, compromissos, nuances em uma tentativa de se (re) organizar, como uma capacidade em se manter vivo psiquicamente.

Um comportamento considerado normal ou sadio, para Freud (1996/1924), residiria na combinação de características das reações neurótica e psicótica, a primeira definida como o repúdio da realidade e a segunda caracterizada pelo esforço contínuo para efetuar uma alteração dessa mesma realidade.

Sabe-se que na psicose a representação da realidade não pode ser remodelada em formas satisfatórias, sendo a segunda etapa parcialmente malsucedida. O novo e imaginário mundo de uma psicose substitui a realidade externa, enquanto na neurose, esse novo e imaginário está apto a ligar-se a um fragmento da realidade, fragmento esse diferente daquele contra o qual tem de defender-se (Freud, 1996/1924). O desfecho final na psicose consiste no remodelamento de um fragmento da realidade durante uma fase ativa, a qual é precedida pela fuga inicial ao se repudiar a realidade e buscar substituí-la.

A Psicanálise freudiana buscou aproximar os mecanismos que seriam próprios dos insanos daqueles da vida psíquica normal, ainda que apontasse as linhas de partição entre eles ao tornar mais permeável a fronteira entre razão e desrazão. Com a perspectiva de romper com o saber e a clínica psiquiátrica, almejou encontrar a verdade na loucura ao invés de considerá-la um erro. Ao valorizar a escuta do psicótico, a considerou fundamental para a compreensão da estrutura psíquica, uma vez que “[...] toma a palavra do psicótico como o produto de um sujeito que aspira registrar sua verdade e dotá-la de sentido” (Sagesse, 2001, p. 27).

Todavia, em seu trabalho *Sobre a psicoterapia* (1996/1905[1904]), Freud estabeleceu que as psicoses eram impróprias para a Psicanálise, com a ressalva do método como estava sendo praticado até o momento. Considerou que não era impossível, mediante uma modificação apropriada do método, que essa “contraindicação” pudesse ser superada e fosse empreendida uma psicoterapia das psicoses.

Essa inacessibilidade dos sujeitos psicóticos ao tratamento psicanalítico retoma o fenômeno do desinvestimento objetal. Posto que na medida em que eles não poderiam investir o analista na transferência, Freud enunciou que não existiria neles o investimento libidinal em estado de espera e pronto a ser levado para o médico. O muro do narcisismo seria inacessível ao fenômeno da transferência.

Nesse sentido, cabe destacar que a teoria de Freud sobre as psicoses não foi muito desenvolvida na sua extensa obra. Entretanto, os psicanalistas europeus dos anos 1940 e 1950, sucessores de Freud, propuseram uma Psicanálise possível para a psicose. Uma espécie de

aliança terapêutica que pode ser feita com o paciente psicótico, a despeito dos movimentos permanentes de ruptura. Essa aliança terapêutica pode ser considerada como semelhante ao fenômeno da transferência.

3.2 Tramas lacanianas sobre a Psicose

O percurso de Jacques Lacan pelo tema das psicoses passou por diversas modificações ao longo do seu ensino (Soler, 2016). O início de sua aproximação com a Psicanálise remete à publicação de sua tese *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* em 1932. A partir da contribuição baseada em Freud, Lacan afirma que o delírio não pode ser compreendido e deve ser interpretado dentro do referencial estabelecido por ele próprio.

Na inauguração do Seminário 3 sobre *As Psicoses*, (1998/1956) e, logo a publicação do texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1998/1957-1958), o ensino de Lacan demarca o predomínio da metáfora⁹ do Nome-do-Pai e o argumento do falo como significante primordial (Soler, 2016).

A não inscrição do próprio significante do Nome-do Pai no lugar do Outro – a chamada forclusão da castração – e o fracasso da metáfora paterna consistem na estrutura da psicose. A forclusão consistiria naquilo que falta ao sujeito psicótico, a castração enquanto ordenadora do campo simbólico e, conseqüentemente de suas relações com a realidade. Na irrealização da metáfora paterna, o pai não intervém como lei, caracterizando um processo de carência de uma função paterna, uma carência subjetiva - o que implica no conseqüente retorno no *real* do que não foi simbolizado – sob a forma de delírios e alucinações (Lacan, 1998/1956).

A compreensão das relações do psicótico com a lei simbólica enuncia o momento da castração, quando há a interposição do pai entre a mãe e o filho. Trata-se de uma operação essencialmente simbólica, pois o que está em jogo é o pai simbólico, ou seja, um termo ordenador que aponta para uma lei que rege o desejo materno.

Esse termo ordenador consiste na garantia de posição de sujeito – processo de constituição do ponto de certeza que todo ser humano precisa passar para ter acesso a uma realidade – um saber organizado sob a forma de um mundo. Ao psicótico, no qual esse processo fracassou, nada mais resta que tentar reproduzi-lo pela metáfora delirante, uma opção à

⁹ A metáfora é uma operação que supõe uma primazia da significação sobre o significante (Calligaris, 1989).

metáfora paterna faltante (Sagesse, 2001). Nesse sentido, o delírio seria uma tentativa de produzir algo parecido ao saber neurótico, de constituição de uma metáfora paterna, de uma filiação e sua significação em uma função não simbolizada (Calligaris, 1989).

Calligaris (1989) corrobora que a psicose consiste no efeito da foraclusão do Nome-do-Pai, posto que o que está foracluído é a função paterna. Essa função paterna volta no Real sob a forma de significantes singulares que preencheriam a função paterna e que fazem parte do saber singular do sujeito. Esse saber psicótico caracteriza-se como uma rede organizada, contudo sem uma referência central de onde se medem todas as significações, não há organização centralizada de seu saber e do mundo. A hipertrofia egóica caracterizada pela megalomania se traduz pela forma pela qual o psicótico sustenta seu saber em uma posição imaginária e que também está no Real, sem enlace do sujeito no Simbólico.

Lacan fala ainda de uma pré-psicose em que há uma identificação que, ao sofrer uma ruptura, desencadeia a psicose. O desencadeamento de uma crise psicótica ocorre em uma situação em que o sujeito está sem qualquer defesa estruturante, posição em que se encontra como objeto do gozo do Outro. As rupturas são passíveis de ocorrerem especialmente durante a adolescência ao tratar-se de um momento particular em que o sujeito comumente se depara com a necessidade de uma injunção¹⁰ a uma amarragem central, que não foi simbolizada por ele, como uma exigência de referir-se a uma instância paterna e de se situar falicamente (Calligaris, 1989).

Essa atitude é concebida como o momento de “tomar a palavra”, denominação descrita por Sagesse (2001), referente à ocasião em que o adolescente é chamado a posicionar-se perante o grupo intrafamiliar e extrafamiliar, a conciliar as exigências pulsionais com as demandas feitas ao sujeito adolescente, por exemplo, as situações amorosas, a escolha profissional, o afastamento familiar etc.

Esse posicionamento implica em possibilidades desestabilizadoras do sujeito pré-psicótico, especialmente durante a adolescência, a qual constitui um período particularmente rico em diversos momentos de definições no campo sexual, profissional e familiar. A definição do seu ser e a separação da figura-âncora¹¹ consistem em situações propiciatórias para dilemas

¹⁰ Tentativa de ordenar expressamente uma coisa, significado expresso em Calligaris (1989).

¹¹ Figura-âncora: oferece consistência imaginária ao sujeito e propicia a sua inserção no campo simbólico (Sagesse, 2001).

que alguns indivíduos não têm condição de contornar e já não podem contar com a referência às amarras do espaço familiar.

A impossibilidade do luto do corpo perdido – corpo familiar da primeira infância, do narcisismo parental -, a queda dos ideais e a separação dos pais constituem facilitadores para o desencadeamento de uma crise psicótica. Ademais, a convocação e a confrontação com a castração emergem para que o sujeito adolescente possa se posicionar perante às escolhas necessárias nesse período (Dias, 2000; Metzger, 2006).

A questão fundamental na psicose seria a relação especular no âmbito das identificações, posto que se encontra situada no campo pré-edípico na função imaginária. Nessa trama, o campo da realidade é perturbado por imagens, consideradas imprescindíveis em uma estrutura em que a intervenção do discurso paterno é abolida desde a origem, não é integrado no sujeito (Lacan, 1999/1958b).

Remetendo ao campo do imaginário, Dias (2000) abordou a angústia frente ao próprio corpo como um elemento decisivo na psicose, uma vez que esse corpo assume um estatuto de um objeto estranho, de um fora que invade o sujeito. A imagem não vem proteger o sujeito de sua relação com o Outro e o olhar do outro semelhante se torna invasão, despedaçamento, como uma fragmentação do eu (Metzger, 2006), o que se relaciona com o Estádio do Espelho abordado no capítulo anterior.

A prerrogativa lacaniana de não ceder frente às psicoses propiciou o surgimento de possibilidades de tratamento para a psicose. Ao retomar o caso Schreber, Lacan questiona o posicionamento de Freud a respeito da inacessibilidade do sujeito psicótico à transferência e, portanto, à Psicanálise. Oferece ideias para a construção de novos dispositivos na análise clínica e o manejo da transferência psicótica (Almeida, 2012).

As elaborações surgidas no ensino de Lacan após 1959 introduziram uma concepção da psicose a partir da pluralização dos Nomes-do-Pai (Freire, 2006). Trata-se da clínica das suplências, com base na qual se espera que o sujeito encontre, retome ou produza um significante que ordene o campo simbólico, ou seja, construa uma suplência do significante da lei (Freire, 2006). Essa suplência seria diferente do que se costuma denominar por uma estabilização, esta tida como mais frágil.

Neste trabalho, o referencial do ensino lacaniano em que a metáfora do Nome-do-Pai assume relevância crucial será utilizado para situar e aprofundar a clínica da psicose.

3.3 Questões Diagnósticas e o campo da Saúde Mental

Historicamente, a palavra do louco foi considerada nula, sem importância, sem verdade, ou mesmo, dotada de estranhos poderes. Essa palavra não era acolhida nem escutada durante séculos. Atualmente, a separação dos ditos normais e dos loucos se exerce por meio de novas instituições, em que os discursos religiosos, judiciários, terapêuticos e, em parte também, políticos não podem ser dissociados dessa prática que determina propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos. É nesse contexto enunciado por Foucault (1996/1970) que se insere a discussão neste capítulo acerca das asserções diagnósticas e o campo da saúde mental na atualidade da clínica das psicoses.

Lacan (1998/1956) afirmou que o progresso maior da Psiquiatria, desde a introdução da Psicanálise, consistiu em restituir o sentido na cadeia dos fenômenos. Pois, até os anos de 1950/1960, a Psicanálise constituiu ponto de referência fundamental para a Psiquiatria. Contudo, a partir de 1950, iniciaram-se a ofensiva teórica e clínica da Psicofarmacologia, principalmente, no campo das psicoses. Como suporte da prática médica, a Psicofarmacologia conferiu identidade teórica e epistemológica à Psiquiatria, afastando-a cada vez mais da Psicanálise. E, em meados de 1980/1990, a Psiquiatria Biológica triunfa ao eliminar a presença da experiência subjetiva do doente e propor uma nosologia psiquiátrica em que a psicopatologia seria regulada por medicamentos que possam controlá-la (Birman, 2001).

Conseqüentemente, na sociedade contemporânea, o ser da enfermidade passa a ser visto de modo funcional, em que há um medicamento para regular um transtorno, uma disfunção. A visão histórica e a subjetividade são suplantadas, secundárias ou praticamente inexistentes na psiquiatria biológica. As psicoterapias tendem a desaparecer conjuntamente com a clínica na Psiquiatria contemporânea. As queixas do doente servem apenas para a realização de uma estrita operação diagnóstica, em que o discurso científico constitui fonte legítima de saber (Birman, 2001).

Nessas perspectivas médica e psiquiátrica, o Manual Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (Apa, 2013) em sua 5ª edição aparece como o modelo atual de diagnóstico psiquiátrico, baseado em critérios estatísticos. A ausência de riqueza descritiva, posto que as descrições se caracterizam por serem objetivas e reducionistas, denota um empobrecimento da clínica psiquiátrica em que a cura consistiria na remissão do sintoma (Machado, 2001). Esse sintoma

aparece como uma desordem orgânica, de algo que não está funcionando de modo “normal” e, por isso, necessita de intervenção especializada para ser eliminado e/ou controlado. Dessa forma, o que prevalece é o corpo físico em detrimento do corpo sexuado, enunciado pela Psicanálise.

Por sua vez, o sintoma em Psicanálise assume, em termos freudianos, uma expressão da relação de compromisso entre as exigências pulsionais e o julgamento crítico, um conflito psíquico entre desejo e renúncia. Em termos lacanianos, o sintoma constitui-se como uma linguagem, como um afeto que busca uma nova representação. Está situado no campo simbólico, como metáfora do aparelho psíquico e diz de uma posição desejante do sujeito a partir do espaço entre ele e o Outro. Caracteriza-se por um movimento de compulsão à repetição – pela via da palavra ou da ação – e entre versões dessa repetição, o novo pode “escapar”, propiciando novas perspectivas para a ressignificação das demandas do sujeito (Jorge, 2008). Na contemporaneidade, o estatuto do sintoma, singular de cada caso, assume um modo de resposta a algo que inquieta, que afeta (Herzog, 2006). Assim, a Psicanálise laciana consiste em decifrar o sintoma e não o curar ou reeducá-lo, pois o sintoma é estruturado como uma linguagem, cuja fala deve ser libertada.

Desde Freud, o diagnóstico em Psicanálise passou a ser considerado “para além dos sintomas” em que a investigação etiológica de cada caso é predominante. Lacan, ao enfatizar as estruturas clínicas a partir do inconsciente freudiano, buscou extrair a estrutura do sujeito, centrando no discurso de cada paciente e no modo peculiar como cada sujeito lida com a sua própria castração (Machado, 2001).

O diagnóstico em Psicanálise, então, difere radicalmente do diagnóstico médico e, conseqüentemente, do diagnóstico psiquiátrico. Enquanto estes se orientam por uma classificação e pela cura bem-sucedida ao eliminar os sintomas, aquele se orienta por um processo, por uma construção em que se deve interpretar o sintoma, pois ele substitui algum desejo inconsciente (Moretto, 2008).

Nesse sentido, o diagnóstico psicanalítico jamais pode ser feito a partir da eliminação das possibilidades do diagnóstico médico, mas sim dentro dos próprios fundamentos da Psicanálise. Pois, ao se considerar a existência do mesmo sintoma em pessoas com estruturas psicopatológicas distintas, o diagnóstico psicanalítico está vinculado à relação transferencial (Moretto, 2008).

Como discurso teórico e clínico, a Psicanálise reconhece um saber do sujeito sobre aquilo que lhe acontece, pois é por meio das formações do inconsciente que a singularidade do sujeito se revela. Enquanto a Psiquiatria considera que o saber do louco sobre a sua experiência está ausente, o sujeito estaria alienado na experiência da loucura (Birman, 2001).

No que tange especificamente à clínica da psicose, a questão da nosologia psiquiátrica e os seus limites oferecem subsídios para as críticas da razão diagnóstica, consideradas pertinentes em um dado momento histórico em que as controvérsias nos manuais de classificação sobrepujam-se a quaisquer coerências e certezas na clínica da psicose. Somado a isto, os critérios diagnósticos estreitam-se ou se alargam de classificação a classificação (Sagesse, 2001). Por sua vez, baseado na primeira clínica lacaniana, o diagnóstico de psicose é feito pela identificação, no discurso do paciente, desta impossibilidade de se fazer significar, de algo que, por ter sido foracluído, se faz presente sem intermediação simbólica (Machado, 2001). Posto que o sujeito na psicose está tomado na linguagem, contudo somente de forma metonímica - sem significação - e não metafórica (Calligaris, 1989).

Atualmente, no campo da Saúde Mental, o que se observa é que os ditos “loucos” de outrora podem conviver em sociedade. Para isso, necessitam estar reabilitados, ressocializados e devidamente medicados, ou seja, não causarem problemas. Essa premissa baseia-se na aceção de que as medicações atuais constituem a possibilidade – e não uma possibilidade - de garantir essa inserção social. Assim, garante-se o livre trânsito e a habitação dos espaços públicos e privados, mesmo sem serem efetivamente sujeitos de sua própria estória e de seus sintomas (Sagesse, 2006).

Goldberg (1996) pontuou acerca da necessidade de uma reflexão profunda no âmbito da Saúde Mental, posto que os mecanismos e aparatos que constituíram os manicômios podem manter-se independentes do espaço de atuação como nas unidades extra hospitalares. Esses mecanismos e aparatos traduzem-se pela manutenção da figura do médico como protagonista da equipe multidisciplinar, a continuação do modelo consulta-medicação e a cura como ausência definitiva do sintoma. As diferenças residiriam somente na triagem da intensidade dos sintomas e na prevenção da internação.

Os serviços substitutivos de saúde mental surgiram com a perspectiva de *pôr em cheque* o paradigma biomédico e o conceito de saúde como mera ausência de doença. As críticas a este modelo já mencionadas configuram um contexto em que a clínica se torna desvalorizada pela

primazia dos aspectos ditos biopsicossociais, movimento que denota implicações significativas para a equipe, pacientes e familiares.

Nesse cenário, o desconhecimento da singularidade do sujeito a partir do engajamento demasiado dos lemas de cidadania e da sociedade sem manicômios delineia uma desvalorização do manejo transferencial do paciente com a instituição a favor de um ideal de paciente e de sujeito (Grecco, 2006).

As instituições de saúde constituem espaços privilegiados para a atividade clínica, a qual pressupõe diversos âmbitos - prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento. Entretanto, a possibilidade de desconsiderar, ou mesmo ignorar, o Outro institucional pode dificultar a inserção do psicólogo nesses espaços, ou seja, o processo de construção de um lugar, de uma relação de transferência com a instituição em que está em voga a noção de alteridade. Nas equipes de uma instituição de saúde, o campo *psi* é formado por profissionais psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, e se produzem diferentes discursos (Figueiredo, 2002) que sofrem uniões e intersecções, sendo necessária a primazia do respeito mútuo para que se permita a atuação em equipes multidisciplinares.

Cabe ressaltar que nos serviços de saúde na modalidade CAPS, a atuação em equipe implica em questões suscitadas nas reuniões técnicas, estudos de caso e no próprio cotidiano do serviço, as quais ressoam no modo como os discursos acerca da instituição, da equipe e dos pacientes operam e suas consequências na direção da almejada reabilitação psicossocial.

Um ponto suscitado nesta pesquisa a partir da experiência clínica anterior nos CAPS revela como a psicose pode revestir-se de múltiplos e distintos discursos a partir da orientação adotada em cada investigação teórica ou intervenção clínica. Os discursos dos agentes de saúde podem forjar diagnósticos desde a triagem, ou mesmo, desde a recepção do dispositivo de saúde acerca apenas dos comportamentos e atitudes considerados “estranhos”.

Por vezes, os ditos “loucos” são identificados como “estranhos” nas próprias instituições de saúde, embora a psicose se caracterize como público-alvo dos serviços substitutivos de saúde mental. Esse fenômeno do estranhamento pode ser reconhecido nos relatos dos próprios familiares, bem como nas descrições de casos clínicos pelos membros das equipes de saúde (Sagesse, 2006).

O sentimento de estranheza, discutido por Freud (2010/1919), presente em diversas situações da vida cotidiana, pode desencadear uma divisão subjetiva nas pessoas a partir dos

sentimentos de familiaridade e estranhamento concomitantes. Esse sentimento advém de algo não familiar, não conhecido e difícil de abordar, situações caracterizadas nos relatos de mães como principais cuidadoras e de profissionais, membros de equipes em instituições de saúde, responsáveis pelo atendimento e cuidado de sujeitos psicóticos.

Considera-se que a Psicanálise pode integrar o trabalho da Saúde Mental ao sustentar uma escuta clínica (Alberti, 2008). Essa premissa torna-se fundamental ao se observar a falência da clínica na saúde mental – seja ela psicológica, psiquiátrica, psicanalítica - com a priorização de práticas terapêuticas reduzidas à distribuição de medicação e a intervenções de socialização, conforme pontuou Dunker & Neto (2015). De tal modo que em tempos de reforma psiquiátrica tão almejada, pacientes hipermedicados e funcionais constituem o mote dessas práticas.

O desafio da inserção da Psicanálise nas instituições de saúde reside em conciliar as vertentes clínica (pacientes e familiares) e institucional (equipe), assim como o modo de responder às demandas que lhe forem dirigidas. Dessa forma, parte-se do princípio do escutar e questionar-se: *As pessoas estão falando a partir de que posição?* Pois o paciente fala de si a partir a posição que ele ocupa, diferente da posição ocupada pela família e pela equipe de saúde.

Nesse sentido, as teorias psicanalíticas das psicoses e os seus efeitos clínicos significativos no campo da Saúde Mental abrangem a premissa de que todo sujeito vem ocupar um lugar no mito familiar, sendo que toda análise de psicótico nos obriga a nos interrogar continuamente sobre a essência desse lugar de fala (Aulagnier, 1990).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Partindo da reflexão proposta e considerando a multiplicidade de métodos, este capítulo se propõe a abordar os conceitos e os pressupostos básicos do método clínico-qualitativo em suas interfaces com o estudo de caso. Como opções metodológicas desta pesquisa, serão discutidas as suas peculiaridades de abordagem e de emprego nos serviços de saúde, contextualizada no campo da atenção psicossocial. Ademais, serão realizados apontamentos acerca das reflexões sobre o método escolhido para o desenvolvimento do estudo.

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter clínico-qualitativo de caráter exploratório, no qual se *busca desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos* (Marconi & Lakatos, 2003, p. 188). Em estudos do tipo exploratório, o investigador deve conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado. Neste cenário, os estudos de caso e a possibilidade de procedimentos de amostragens flexíveis são características intrínsecas (op.cit., 2003).

Na metodologia qualitativa, a utilização do estudo de caso se refere a uma investigação em que a observação direta dos fenômenos se utiliza de estratégias de intervenção qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (Minayo, 2010; Ventura, 2007).

Constitui uma opção metodológica útil para gerar conhecimento sobre as características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança:

Metodologicamente, os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção. (Minayo, 2010, p. 164)

Como uma proposta metodológica teórica e prática que relaciona as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos com os conhecimentos/attitudes clínico-psicológicas, optou-se pelo método clínico-qualitativo na presente pesquisa. A sua aproximação com a Psicanálise pode ser considerada pela utilização das concepções advindas da dinâmica do inconsciente e pelo emprego em *settings* dos cuidados de saúde por meio de um olhar clínico (Turato 2000, 2003, 2005).

A necessidade de distinção do referido método de outras metodologias comumente utilizadas em Psicologia foi evidenciada em um estudo anterior da pesquisadora (Silva, Herzberg & Matos, 2015). Neste estudo, foram investigados a apropriação recente do método clínico-qualitativo em pesquisas na área da Psicologia bem como o crescimento de pesquisas com populações não clínicas em diversos contextos com o uso de técnicas projetivas e o raciocínio clínico para a análise dos dados.

Partindo da similaridade com o método clínico, a reflexão de Batista Pinto (2004, p. 74) demonstra os caminhos do percurso metodológico a partir das leituras e prática clínica adotadas:

A metodologia qualitativa de pesquisa em psicologia clínica considera a ciência como uma construção da subjetividade humana, em uma forma particular e dentro de um determinado sistema teórico. Essa forma de fazer ciência apresenta uma epistemologia específica, no qual a investigação é construída dentro do fenômeno estudado. É neste sentido que os princípios teóricos dessa metodologia de pesquisa legitimam o conhecimento por construção.

Somado a isto, o pesquisador deve cercar-se de muitos cuidados ao propor generalizações, visto que o método clínico se apoia em casos individuais e envolve experiências subjetivas (Aguiar, 2001; Gil, 1991). Tal premissa mostra-se indispensável para a apreensão das individualidades em profundidade a partir do processo de desvelamento dos fenômenos e de seus desdobramentos nas relações humanas, conforme enuncia Minayo (2010, p. 101):

[...] a pesquisa qualitativa é fundamental para atingir o objetivo de conhecer as características do cuidado oferecido aos indivíduos em sofrimento psíquico em um serviço substitutivo conforme o entendimento dos seus profissionais, pois permite desvelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação, sendo aplicável ao estudo das relações, percepções e opiniões da interpretação humana.

Nesse sentido, um método pode ser de natureza clínica ao se adequar aos problemas de pesquisa e utilizar instrumentos relacionados à prática clínica. Considerado em uma perspectiva epistemológica, os aspectos teóricos e a prática irão alicerçar e legitimar o rigor científico necessário à qualidade do estudo.

A singularidade de cada caso é parte não só da experiência situada pelo entrevistado, mas também pelo pesquisador, e esta última, tanto ou mais que a primeira, jamais poderá aspirar a uma forma de generalização, pois é limitada por suas próprias peculiaridades (Moura & Nikos, 2000). A Psicologia Clínica encontra, portanto, diante do obstáculo do geral totalitário um desafio considerável. A tendência a homogeneizar pessoas, formas de terapia, visões sobre problemas e mudanças acarreta consequências graves, intrinsecamente ligadas à exclusão da subjetividade (Neubern, 2001).

O pesquisador não procura casos representativos de uma população para a qual pretende generalizar os resultados, no entanto, a partir de um conjunto particular de resultados ele pode gerar proposições teóricas que seriam aplicáveis a outros contextos (Alves-Mazzotti, 2006), pois na Psicologia Clínica, o estudo de caso privilegia a evolução de uma biografia nos planos clínico e psicopatológico (Allonnes, 1989 apud Moura & Nikos, 2000).

Partindo das definições acima, uma característica crucial desta investigação refere-se à singularidade do sujeito como dimensão paradigmática e, por isso, está subsidiada teoricamente pela Psicanálise no tocante à escuta e leitura dos relatos, das manifestações clínicas e para as posteriores interpretações dos estudos de casos.

4.2 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Bleger (1989) definiu o campo de pesquisa como uma concepção intrinsecamente relacionada ao campo psicológico, em que os aspectos dinâmicos e interacionais entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa constituem o próprio *setting*. Partindo dessa premissa, cabe desenvolver brevemente o contexto em que as instituições da pesquisa encontram-se inseridas.

A temática da Saúde Mental insere-se como uma política pública de saúde, incluída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹² e dos princípios da Reforma Psiquiátrica¹³ no Brasil. Neste cenário, situam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais constituem novas modalidades de cuidado em saúde mental, surgidos na década de 1980, com o objetivo de ampliar os horizontes da clínica para incorporar a dimensão psicossocial, conforme os pressupostos preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental. Tais pressupostos visam à busca de autonomia e à inserção social do indivíduo baseadas na premissa de uma clínica antimanicomial. Constituem dispositivos territoriais de natureza pública que promovem a atenção e o cuidado integral em saúde mental à infância, adolescência e vida adulta (Cirilo & Oliveira Filho, 2008).

Os CAPS possuem distintas modalidades de atendimento à população definidas pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002). Os CAPS i constituem serviços de Saúde Mental destinados ao tratamento de “[...] crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (Brasil, 2004, p. 13).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram o ambiente natural como fonte de coleta de dados. Especificamente, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) e o Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré (CAPS MM), ambos localizados no município de Porto-Velho, estado de Rondônia, porção sul da região Amazônica. Cada instituição possui peculiaridades distintas e importantes o que pode enriquecer o campo de estudo e ampliar possibilidades de análise e interpretação dos dados.

Partindo da delimitação dos *settings* de pesquisa, O CAPS i constitui um serviço recente inaugurado em 13 de julho de 2012. Por se tratar do único serviço de referência em saúde mental infanto-juvenil do estado, recebe demandas provenientes de outros municípios e de distritos próximos à cidade de Porto Velho. A equipe é formada por psicólogos, médicos (clínico geral e pediatra), enfermeiros, assistentes sociais e técnicos auxiliares. Por sua vez, o CAPS Madeira

¹²Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹³Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Mamoré constitui um serviço mais antigo e de referência na cidade de Porto Velho, sendo inaugurado no ano de 2002. A instituição acolhe demandas de outros municípios, semelhante ao que ocorre no CAPS i, situação que tem sido objeto de análise e debate entre os profissionais e gestores.

Muitos profissionais atuam em serviços do município e do estado, o que favorece a composição de uma rede de atenção psicossocial articulada no que tange ao matriciamento dos casos, especialmente aos que demandam maior atenção da equipe.

Assim, a opção por essas duas instituições residiu na possibilidade de se considerar o tempo de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e suas respectivas mães nos referidos serviços de saúde mental, sendo passível abranger o período adolescente dos filhos.

Deve-se destacar que a pesquisadora atuou como psicóloga no CAPS i e possuía contato frequente com os profissionais da equipe do CAPS MM por meio de reuniões, estudos de caso, supervisão e matriciamento. Este panorama propiciou a inserção sem percalços nessas instituições com o apoio e a colaboração das equipes e dos gestores.

O contato inicial com os CAPS´s foi realizado nos meses de dezembro de 2015, janeiro e fevereiro de 2016 com o objetivo de realizar uma aproximação inicial com os profissionais das equipes dos serviços de saúde. Nessas visitas, foram realizadas observações dos cotidianos dos serviços de saúde mental bem como conversas informais com os profissionais das equipes de saúde e gestores das instituições.

Em julho e agosto de 2016, foram realizados encontros com os gestores das instituições e recolhidas as quatro assinaturas nas cartas de autorização e declarações de infraestrutura. No momento de recolher as assinaturas, foram esclarecidos pontos cruciais da pesquisa para cada gestor em reuniões individuais (chefe do CAPS i, chefe do CAPS MM, chefe da divisão de saúde mental do município de Porto Velho e coordenadora estadual de saúde mental do estado de Rondônia). Após essas reuniões com cada gestor, foram realizadas conversas com as equipes de saúde para a indicação prévia dos casos clínicos.

4.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 02 (duas) mães que acompanham seus filhos em serviços de saúde mental na modalidade CAPS no município de Porto Velho, estado de Rondônia. As mães

foram escolhidas a partir dos contatos realizados previamente com as equipes de referência dos CAPS, as quais acompanham os casos clínicos há, no mínimo, 6 (seis) meses que possuem frequência regular nos atendimentos médicos, psicológicos e grupos terapêuticos das instituições.

Partindo da indicação dos casos clínicos, iniciou-se a etapa de consulta e análise dos prontuários para a seleção, à qual foi realizada por meio da corresponsabilização entre a pesquisadora e a equipe de referência do CAPS - médico, psicólogo, enfermeiro, técnico -, o que demandou um trabalho minucioso, considerando os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Os critérios para a participação e inclusão das mães na pesquisa foram: a) ser a principal cuidadora do filho em acompanhamento psicossocial; b) estar frequentando regularmente o serviço de saúde mental; e c) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O único critério de exclusão referia-se a presença de diagnóstico médico psiquiátrico prévio ao início da coleta de dados em que prejudicasse a mãe no desenvolvimento de suas capacidades profissionais, de cuidado com os filhos e relacionais.

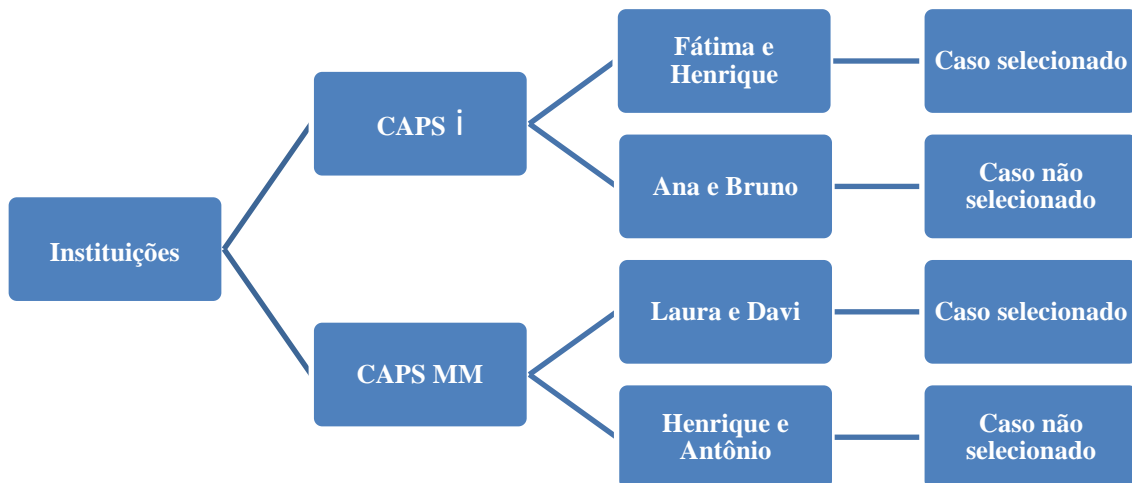
Considerando os critérios de inclusão e exclusão acima descritos, foram encontradas duas situações de principais entraves para a escolha dos casos. Primeiramente, no tocante à frequência regular nas instituições, posto que em inúmeros casos se observou que a principal modalidade de intervenção consistia na prescrição de medicamentos com a renovação de receitas médicas. O uso da medicação como uma estratégia de enfrentamento frequente entre os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial foi apontado nos recentes estudos de Cavalcante & Cabral (2017) e Lima & Ferreira (2018). Esses casos não foram considerados como acompanhamento regular na instituição, pois a pesquisadora optou em garantir que as mães continuassem a frequentar os atendimentos durante e após a finalização desta pesquisa.

Posteriormente, a predominância de mães com diagnósticos psiquiátricos, especialmente de depressão, e realizam acompanhamento médico e psicológico na modalidade CAPS mostrou-se significativa. Esse dado revela achados significativos sobre o aumento no uso da medicação psiquiátrica pelos cuidadores de pacientes psiquiátricos (Almeida et al., 2010; Bandeira & Barroso, 2005; Macedo et al., 2016; Rosa, 2011). Tais casos foram analisados de modo cauteloso, considerando a exclusão somente em situações de aparente prejuízo nas atividades de vida diária.

Nessas circunstâncias, foram inicialmente selecionadas 04 (quatro) mães, sendo 02 (duas) que acompanham seus filhos no CAPS i e 02 (duas) no CAPS MM, conforme Quadro 1. Dentre elas, 02 (duas) apresentam diagnóstico psiquiátrico e a manutenção desses casos deveu-se ao anseio e a disponibilidade delas em participar da pesquisa; a corresponsabilização com a equipe, a frequência regular nos seus respectivos acompanhamentos e no acompanhamento dos seus filhos.

Apesar das quatro mães terem sido entrevistadas, nesta pesquisa, serão apresentados somente os casos de 02 (duas) mães, Fátima (CAPS i) e Laura (CAPS MM). Posto que nos outros dois casos não foram possíveis a aplicação do TAT - instrumento dessa investigação – e a abordagem dos tópicos constantes no roteiro de entrevista. Esses enquadres ocorreram devido à mobilização intensa durante os encontros (Ana) ou à dificuldade no estabelecimento do *rapport* inicial (Helena), o que será retomado nas Considerações Finais deste estudo.

Figura 1- Modelo esquemático de seleção dos casos clínicos



Fonte: Própria autora

Quadro 1 – Caracterização dos Casos Clínicos

	Fátima e Henrique	Laura e Davi	Ana e Bruno	Helena e Antônio
Caracterização atual	Mulher de 34 anos, mãe de Henrique de 19 anos.	Mulher de 49 anos, mãe de David de 31 anos	Mulher de 37 anos, mãe de Bruno de 20 anos	Mulher de 40 anos, mãe de Antônio de 36 anos
Antecedentes	Caso atendido previamente pela pesquisadora no CAPS i	Primeiro contato realizado durante a pesquisa.	Contato prévio no CAPS i por meio de estudo de caso em equipe. Outra colega psicóloga acompanhava mãe e filho.	Primeiro contato realizado durante a pesquisa.
Situação da mãe	Mãe não realiza tratamento médico nem psicológico	Mãe realiza tratamento no CAPS MM com a hipótese diagnóstica de F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	Mãe realiza tratamento no CAPS MM e em outro CAPS da rede municipal de saúde com a hipótese diagnóstica de F25.0– Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	Mãe não realiza tratamento médico nem psicológico

Fonte: Própria autora

Com o intuito de garantir o sigilo, foram atribuídos nomes fictícios às mães, a seus filhos e familiares mencionados nesta investigação.

4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados incluindo as consultas aos prontuários até o momento da devolutiva com as mães abrangeu o período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017, conforme explicitado na figura 1.

4.4.1 Consultas aos prontuários

As consultas aos prontuários constituíram a primeira etapa do processo de coleta de dados da pesquisa, sendo realizadas nos meses de dezembro de 2016 e de janeiro a março de 2017. Durante a análise das informações junto aos registros clínicos, foram selecionadas previamente os casos clínicos, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Após essa seleção prévia, era realizado um contato telefônico com a possível mãe participante a fim de

explicitar sucintamente o tema e a relevância da pesquisa bem como realizar o convite para participação. A partir da demonstração de interesse e da disponibilidade, a pesquisadora agendava um primeiro encontro na instituição.

Quanto às consultas aos prontuários, foram levantados dados prioritariamente acerca das modalidades de intervenção direcionadas às mães nesses serviços substitutivos de saúde mental – seja como acompanhante dos respectivos filhos seja como paciente. Somado a isto, outras informações que pudessem servir como contrapontos e associações foram pesquisadas para proporcionar a contextualização dos casos:

Quadro 2 – Principais tópicos recolhidos na consulta aos prontuários

1) Processo de chegada do filho e/ou da mãe ao CAPS	Houve encaminhamento? Caso sim, por qual profissional e/ou serviço?
	Motivo da busca pelo atendimento inicial
	Data do primeiro atendimento e tempo de acompanhamento.
2) Dados da Anamnese do filho e/ou da mãe	Sexo, idade, profissão, estado civil, escolaridade, religião do paciente, nome pai e nome mãe
3) Diagnósticos e último diagnóstico emitidos para o filho e/ou mãe	Hipótese diagnóstica, encaminhamentos, internações, notícia do diagnóstico, prognóstico nos CAPS;
4) Relatos de modalidades de intervenções direcionadas às mães	Atendimentos médicos, psicológicos e sociais. Participação em grupos, oficinas e demais atividades institucionais.

Fonte: Própria autora

4.4.2 Entrevistas clínicas semiestruturadas

Para Bleger (1998), a entrevista se caracteriza como um instrumento fundamental do método clínico e faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e de profissional. Indagação e atuação, teoria e prática, devem ser manejadas como momentos inseparáveis, formando parte de um só processo.

De acordo com Fontanella, Campos & Turato (2006), as entrevistas clínicas, especialmente as não dirigidas, possuem intento exploratório e caráter de assimetria ao permitir a livre manifestação dos entrevistados e a modelação em conformidade com o que acontece com ele. Tais modalidades de entrevistas derivam das atividades assistenciais comumente exercidas nos *settings* em saúde.

Considerando a estreita relação com a Psicanálise, nesta pesquisa, os primeiros encontros foram diferenciados do processo psicoterapêutico, e as entrevistas foram realizadas aos moldes das entrevistas preliminares que fazem parte do método clínico (Bleger, 1998).

Nesse contexto, as entrevistas permitiram um espaço de enunciação daquilo que permanece numa condição de mutismo, como uma produção de uma experiência (Costa & Pereira, 2004; Costa & Poli, 2006). A partir de indagações amplas e indefinidas, em que a fala, a escuta e o estabelecimento de um *rapport* favorecem uma nova maneira de as mães se escutarem. Nesse momento, cabe avaliar as condições mentais, emocionais, materiais e circunstanciais da vida do paciente, sem espaço para interpretações (Rocha, 2001).

O período de realização das entrevistas ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2016 com durações variáveis entre 45 e 60 minutos, sendo realizadas em salas/consultórios clínicos do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil e do Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré em Porto-Velho, Rondônia.

Nas primeiras entrevistas, havia a apresentação da pesquisadora, o aprofundamento dos aspectos da pesquisa, a justificativa da escolha da mãe e um momento para possíveis questionamentos.

Durante a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, foram esclarecidas dúvidas e oferecidas informações pertinentes sobre a pesquisa, constituindo um ambiente que favorecesse o manejo das ansiedades iniciais.

Cada entrevista clínica semiestruturada realizada foi auxiliada por um Roteiro de Entrevistas (vide Apêndice A), em que os tópicos eram introduzidos e, em seguida, guiava-se a discussão para perguntas específicas a serem consideradas para o desencadeamento dos relatos.

O roteiro abrangeu questões referentes a histórias de vida das mães, incluindo a infância, juventude, relacionamentos amorosos, casamento, gravidez, maternidade e experiências com os filhos diagnosticados com psicose.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com a anuência das participantes e, posteriormente, transcritas. Ressalta-se que algumas questões podem ir além do que foi previsto no roteiro inicial a partir de uma necessidade da pesquisadora em esclarecer ou aprofundar algo que a inquietou durante o processo de coleta de dados compreendendo as transcrições das entrevistas e as análises dos prontuários.

Ao final dos encontros, foi realizada uma entrevista devolutiva, na qual foram abordados assuntos tais como: como a entrevistada percebeu o contato, como foi a experiência e as possíveis consequências em si ou no relacionamento com o filho. Nesse momento da devolutiva, caracterizou-se por permitir a elas expressarem livremente seus pensamentos e sentimentos em relação à experiência com possíveis pontuações e recomendações da pesquisadora.

4.4.3 Teste de Apercepção Temática

Simon (1993) defende que as técnicas projetivas são métodos de pesquisa psicológica que propiciam inferências significativas sobre características da personalidade tal como conceituadas pela teoria psicanalítica, se efetuadas com permanente espírito crítico.

O crescente emprego das técnicas projetivas, em diversos contextos, concomitante à realização de entrevistas permite uma maior aproximação entre a prática clínica e a pesquisa psicológica. Tal premissa mostra-se indispensável para aprofundar os estudos sobre a prática clínica nos serviços substitutivos de saúde mental, contexto da pesquisa.

Neste estudo, o conceito de projeção utilizado refere-se a uma operação pela qual “o sujeito percebe o ambiente e responde ao mesmo em função de seus próprios interesses, atitudes, hábitos, estados afetivos duradouros ou momentâneos, esperanças, desejos etc.” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 318). Em outras palavras, o indivíduo estrutura ou interpreta a sua realidade de acordo com as suas próprias características.

O Teste de Apercepção Temática - TAT - no modelo proposto por Murray (2005/1943) consiste em um instrumento clínico por natureza. Em suas aproximações com a Psicanálise, atribui importância à motivação inconsciente e o profundo interesse pela verbalização, subjetiva ou livre, do indivíduo, pelas produções da sua imaginação. Ao comunicar imagens, sentimentos, ideias e lembranças diante de cada um dos enfrentamentos, é possível explorar a estrutura de personalidade subjacente de cada sujeito (Freitas, 2000).

As pesquisas que utilizam o TAT são embasadas por diferentes linhas teóricas em que se observam várias propostas de aplicação e interpretação (Barros, 2004; Barros, 2010; Guidugli, 2015; Herzberg, 1986; Herzberg, 1993; Paiva, 2009; Rios, 2007; Scaduto, 2010; Scaduto, 2016). Contudo, deve-se ressaltar o uso crítico e cauteloso do TAT devido ao contexto

sociocultural e histórico em que se insere as referidas pesquisas e práticas clínicas, de diferentes abordagens teóricas (Parada & Barbieri, 2011).

O uso do TAT foi objeto de reflexão e discussão nesta pesquisa a qual visa investigar, em profundidade, as ressonâncias psíquicas maternas em mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos (Silva, Herzberg & Custódio, 2016). Para fundamentar a abordagem de pesquisa escolhida para o desenvolvimento do projeto, a forma reduzida do TAT em suas opções pelas pranchas- 1, 2, 3RH, 16 e 19 - deve-se aos conteúdos que cada uma explora (M.C.V.M. Silva, 1989):

Quadro 3- Temas evocados pelos estímulos

Pranchas	Descrição	Norma Temática
1	O menino e o violino	Refere-se à relação com a autoridade (pais, professor), atitude frente ao dever e também ideal de ego (capacidade de realização, de atingir objetivos propostos). Por ser a primeira prancha a ser apresentada, dá margem a investigação da capacidade do sujeito a uma nova situação.
2	A estudante no campo	Evoca a área das relações familiares, percepção do ambiente, nível de aspiração e atitude frente aos pais (favorecido ou limitado pelo ambiente circundante). Pode evocar ainda as relações heterossexuais. São frequentes também as associações referentes aos papéis femininos (maternidade versus realização profissional) e ao conflito razão versus emoção.
3 RH	Curvado/a sobre o divã	Evoca associações referentes a tristeza, abandono, desespero, depressão, suicídio. Trata-se de um estímulo de grande carga dramática e por isso não deve ser o primeiro a ser apresentado.
16	Em branco	Refere-se às necessidades mais prementes do indivíduo ou será reflexo da relação transferencial na situação de teste. O sujeito é levado a projetar-se totalmente, uma vez que o estímulo é branco.
19	Cabana na neve	Refere-se à necessidade de proteção e amparo frente a um ambiente inóspito são os mais frequentes. O estímulo é desconcertante e convida à fantasia, por isso geralmente oferece dificuldade.

Fonte: Própria autora.

Para a sua aplicação, foram utilizadas as instruções especificadas e as pranchas do TAT, de acordo com as recomendações do manual (Murray, 2005/1943, p. 22):

“Este é um teste para contar histórias. Eu tenho aqui algumas pranchas que vou lhe mostrar. Quero que você faça uma história para cada uma delas. Conte o que aconteceu antes e o que está acontecendo agora. Fale o que as pessoas estão sentindo e pensando e como termina a história. Você pode fazer o tipo de história que quiser. Compreendeu? Bem, então aqui está a primeira prancha. Você tem 5 minutos para fazer uma história. Faça o melhor que puder”.

As Pranchas foram entregues para cada mãe na posição original. No caso da Prancha 16, foi mencionada a sua diferença em relação às outras, porém solicitava-se às mães que mantivessem as mesmas instruções das anteriores.

Durante a aplicação, foram registrados os: - Tempo de latência inicial ou reação (apresentação da prancha e o momento que começa a falar); - Tempo global ou total (apresentação da prancha até o momento que o sujeito a devolve), sem incluir o inquérito, o qual era realizado somente nos casos abaixo relacionados:

- Casos em que algum aspecto importante ou elemento fundamental tivessem sido omitidos;
- Casos em que não se fica claro se elementos secundários estão sendo levados em conta, ou seja, estão implícitos na história

Imediatamente após o término de cada história, o inquérito era realizado: a) Qual o título? b) Como você acha que ele está se sentindo? c) O que pode ter acontecido? d) O que vai acontecer depois? e) Tem mais alguma coisa nessa prancha? Se sim, o que é? E, ao final da aplicação, questionava-se quais haviam sido as pranchas de que mais gostou e menos gostou e o porquê.

Quanto à análise e interpretação dos protocolos do TAT, foi realizada uma adaptação da proposta de Hirsch (1999) para o estudo do C.A.T (Children’s Apperception Test), a qual estabelece nove pautas para a análise e interpretação dos protocolos:

Quadro 4 – Pautas para análise e interpretação do TAT

Nº	Pautas
1	Os personagens da cena e suas omissões, acréscimos e distorções.
2	Elementos não humanos vistos na prancha e de que forma, omissões, acréscimos e distorções. Observar se o habitat é característico humano.
3	Possibilidade de dar passado, presente e futuro;
4	Sequência lógica ou ilógica na construção da história;
5	Tipo de linguagem utilizada (riqueza, exatidão, adequação à idade, etc...);

6	Possibilidade de fantasiar e capacidade criativa
7	Tipo de interação entre os personagens e colocação da problemática, emoções que surgem na interação.
8	Tema das relações objetais inconscientes na interação. Principais ansiedades associadas às relações fantasiadas. Principais mecanismos de defesa
9	Tentativa de resolver (ou não) o problema ou conflito na história. Tipo de solução alcançada em função dos desejos, medos e defesas utilizadas. Como se concilia o mundo de objetos internos com a realidade social mais consciente

Fonte: Própria autora.

A análise de conteúdo de cada história foi desmembrada em uma postura interpretativa, considerando a forma pessoal e diferenciada de cada pessoa elaborar uma determinada experiência de vida. O modo como os relatos foram construídos e as diversas narrativas produzidas a partir das lâminas podem revelar dinâmicas subjacentes à personalidade do sujeito e coaduná-las à história pessoal de cada caso (Freitas, 2000).

4.5 Análise e interpretação dos Resultados

Para a análise qualitativa e interpretação dos resultados da pesquisa, foram discutidos, analisados e interpretados o material clínico proveniente das consultas aos prontuários, das entrevistas clínicas e da aplicação da técnica projetiva. Somado a isto, as reflexões acerca do processo de investigação pela pesquisadora e pelas mães implicaram em uma leitura minuciosa, à luz do referencial teórico da Psicanálise.

A partir dos discursos maternos e do material projetivo, foi utilizada neste estudo a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2010) como uma das modalidades de técnicas de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) por mostrar-se apropriada para as investigações qualitativas na área da saúde. Essa forma de análise pode ser conceituada da seguinte forma:

Consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado [...]. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (p. 316)

A análise temática realizada nesta investigação desenvolveu-se por meio de três etapas:

- a) **Pré-análise:** O primeiro passo residiu no contato inicial com os conteúdos das entrevistas semiestruturadas e do material projetivo, por meio da realização de leituras sucessivas denominadas “Leituras Flutuantes”. Essa primeira fase teve como objetivo organizar os dados coletados, interagir com o conteúdo das transcrições, ter uma compreensão global do material a ser analisado, bem como sistematizar as primeiras impressões e ideias, ainda de forma preliminar, não estruturada. Aqui, a hipótese e os objetivos da pesquisa foram retomados.
- b) **Exploração do material (análise):** O segundo passo abrangeu uma operação classificatória, a qual visou alcançar o núcleo de compreensão dos textos do material transcrito. Por meio das leituras aprofundadas e a consequente decomposição dos dados coletados, buscou-se os temas recorrentes e as categorias como *expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado* (Minayo, 2010 p. 317). Assim, iniciou-se o processo de construção de categorias e subcategorias iniciais que emergiram do material. Essa categorização consiste num *processo de redução do texto às palavras e expressões significativas*, o qual implica em constantes idas e voltas ao material de análise, bem como ao referencial teórico. Nesse sentido, a categorização refere-se aos dados das participantes da pesquisa que se reportam um mesmo assunto e representa a forma peculiar da pesquisadora agrupá-los, explicando os seus significados. As categorias e subcategorias iniciais foram aprimoradas e enriquecidas até serem agrupadas em determinados temas, à medida que o processo se desenvolvia com o objetivo de tomar uma versão mais completa e final. Essa fase recebe o nome de *codificação*, ou seja, é o processo através do qual os dados brutos são transformados em categorias, que tornem possível uma descrição precisa das características relevantes do conteúdo. Na presente pesquisa, a codificação foi elaborada a partir das unidades de registro (trechos das entrevistas e do material projetivo), ou seja, recortes semânticos utilizando-se o critério temático, uma afirmação a respeito do assunto. Essa segunda etapa abrangeu, também, a observação do que as entrevistas tinham em comum e das suas diferenças, dos pontos mais relevantes, mais destacados nas entrevistas a serem recortados. Em suma, esta segunda etapa refere-se à sistematização dos dados e à sua codificação.

- c) **Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação:** Essa foi a última fase do método, a qual englobou o retorno às análises realizadas com o intuito de dar a forma final por meio da interpretação do material coletado bem como as inferências do pesquisador. Esse passo constituiu em destacar os trechos das falas como citações literais que demonstrassem a sua pertinência a uma determinada categoria, bem como a inserção de aspectos teórico-clínicos que se delinearam durante a trajetória do estudo. Nesta etapa, houve a sistematização final das categorias de análise como objetos das inferências da pesquisadora após a leitura e interpretação dos dados coletados, de acordo com o referencial teórico. Tal referencial teórico subsidiou a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno investigado, numa tentativa de estabelecer conexões entre as respostas das mães e os conhecimentos disponíveis. Ademais, objetivou-se demonstrar relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações, procurando-se acrescentar um novo saber ao já conhecido (Lüdke; André, 1986).

A elaboração dos indicadores que englobaram as dimensões psicossociais e subjetivas baseou-se na interpretação clínica de base Psicanalítica dos relatos maternos com o uso de categorias derivadas de teorias reconhecidas no campo do conhecimento psicanalítico.

Nessa vertente de análise, Renato Mezan, em seu livro *Escrever a Clínica* (1998), aborda o raciocínio analítico como uma expressão que denota o permanente contato entre a observação e a teoria, utilizando-as numa espécie de traçado do qual resultam a interpretação do que diz o paciente, um efeito no plano teórico – o refinamento de um esquema, a invenção de um conceito – ou simplesmente uma maior destreza no uso do nosso instrumental.

Destaca-se a ênfase de Batista Pinto (2004) acerca da necessidade de categorias teóricas processuais e dinâmicas, pois essa forma de pesquisa científica busca realizar uma integração teórica sobre as relações entre eventos ou processos. Assim, durante a própria investigação o pesquisador irá delinear os limites e especificar os indicadores que legitimam as categorias propostas. Tais indicadores derivam das técnicas empregadas na pesquisa e são construídas em cada caso de modo individual.

Nesse sentido, os resultados foram analisados e interpretados tendo-se em vista os objetivos da pesquisa, buscando dialogar com os questionamentos iniciais e a hipótese desse

estudo. No processo de análise, o surgimento de outras indagações caracterizou um processo de interlocução entre os dados recolhidos e a literatura.

Nessa perspectiva, se trata de uma investigação em que as abstrações foram construídas à medida que os dados recolhidos foram se agrupando, discutindo considerações cujos conteúdos mostram-se mais amplos do que as premissas iniciais nas quais os pressupostos se basearam.

Após a análise e interpretação clínica, pode-se observar que a realidade viva sujeita a imprevistos pode oferecer pistas importantes que revelaram a singularidade de cada entrevista e os contornos de cada caso clínico.

4.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos da pesquisa abrangeram os cuidados pertinentes em consonância com a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia que normatiza a pesquisa com seres humanos na área de Psicologia. As Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 512 de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde e que dispõem sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, também foram empregadas.

As mães que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual assegura o anonimato das participantes e autoriza a utilização e publicação dos dados obtidos. O sigilo, o conforto físico, o *setting* familiar (CAPS) e o estabelecimento de um *rapport* foram garantidos para o estabelecimento da confiança entre as participantes e a pesquisadora. Somado a isto, foram ressaltadas as possibilidades de recusa em participar, ou mesmo, de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para o acompanhamento realizado na instituição.

Por tratar-se de um tema que poderia mobilizar incômodos emocionais às mães, a possibilidade de mais de um encontro e a disponibilidade para suporte psicológico após o término da pesquisa foram asseguradas. Essas premissas basearam-se na escolha dos casos clínicos em que a mãe e o filho estivessem em atendimento de modo regular e frequente no serviço de reabilitação psicossocial.

Para a participação da pesquisa e com vistas a proporcionar a continuidade do acompanhamento realizado, reitera-se que a pesquisadora responsável se disponibilizou para

oferecer às mães a possibilidade de um ou mais encontros no próprio serviço na condição de psicóloga clínica e pesquisadora no CAPS. Não havendo essa possibilidade em decorrência de quaisquer questões institucionais, a pesquisadora se responsabilizou para que elas pudessem receber ou continuassem a receber o suporte pela psicóloga de referência do caso na instituição. Em situações excepcionais, a pesquisadora responsável se disponibilizou para contatar outros serviços públicos de saúde existentes no município para que as mães pudessem ter assistência psicológica – seja na modalidade CAPS, ambulatorial, clínicas-escolas, entre outros. Nesse sentido, garantiu-se que os casos clínicos acompanhados pudessem ser assistidos e recebessem a atenção psicossocial regularmente.

Após a Defesa desta investigação, serão realizadas reuniões de devolutiva com as instituições da pesquisa como forma de contribuir para a melhoria dos atendimentos oferecidos nos serviços de Saúde Mental na modalidade CAPS.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) no mês de setembro de 2016. Em outubro, foi emitido um parecer solicitando esclarecimentos e o novo projeto reformulado foi submetido no início do mês de novembro deste mesmo ano. A pesquisa obteve a sua aprovação final com o parecer consubstanciado nº 1. 831.581, conforme anexo A.

Partindo dessas considerações, a questão da pesquisa e o referido método expostos denotam as opções epistemológica e metodológica a serem percorridas para os caminhos da investigação que revelam certa concepção do ser humano e que estão imbricadas no campo ético. Por sua vez, a clínica nos desaloja e nos tira do domínio ao ir além de toda teorização possível, enquanto o saber acadêmico exige certo rigor e controle (Figueiredo, 2004), o que denota uma articulação conflituosa entre pesquisa e clínica, pois cada saber tem os seus limites.

5. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a análise, interpretação e discussão dos resultados, serão apresentados os antecedentes clínicos constantes nos prontuários, a síntese dos relatos das entrevistas clínicas e a análise e interpretação do TAT das mães que acompanham os seus filhos nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS i e CAPS MM - em Porto Velho-RO. Posteriormente, será realizada uma discussão geral contemplando e integrando o material individual, incluindo as principais semelhanças e divergências entre os dois casos clínicos.

5.1 Fátima e Henrique: O receio materno

O contato com Fátima e Henrique remonta ao tempo da minha atuação como psicóloga no CAPS i entre os anos de 2012 a 2015, período no qual ambos foram atendidos por, aproximadamente, 2 (dois) anos. Em consulta ao prontuário, pode-se reconstruir o contexto da chegada deles ao CAPS i. A seguir, serão expostos os dados referentes à consulta ao prontuário de Henrique em que constam os relatos advindos das entrevistas clínicas realizadas com a mãe no período de junho de 2013 a julho de 2015. Após esse período, constam informações do acompanhamento do caso pela equipe a partir de agosto de 2015 até março de 2017.

5.1.1 *Antecedentes Clínicos*

Em junho de 2013 Henrique, aos 13 anos de idade, compareceu ao CAPS i acompanhado de sua mãe Fátima após ter sido encaminhado pela psicóloga do hospital geral onde esteve internado. Na anamnese realizada pela equipe de acolhimento, Fátima declarou: “*Há aproximadamente 30 dias o meu filho foi internado e eu não estou entendendo o que aconteceu*”. Ela contou ter presenciado, durante a hospitalização do filho, os episódios de alucinações visuais e auditivas, ideação suicida, momentos de agitação psicomotora seguidos de catatonias. Diante dessas manifestações, buscava assistências psiquiátrica e psicológica no CAPS i.

No aprofundamento da anamnese, Fátima relatou ser mãe de 5 (cinco) filhos do sexo masculino, sendo que os 3 primeiros filhos do casamento com Carlos (pai de Henrique já falecido) – e os 2 filhos mais novos, frutos de outros relacionamentos amorosos. Henrique é o

terceiro filho mais velho de Fátima. Declarou ser solteira, frequenta a religião evangélica e ocupa a posição profissional de “*pedreira*”.

Fátima relatou que a gestação de Henrique ocorreu aos 21 anos sem intercorrências, sendo que o filho nasceu de parto normal em casa por meio da assistência de uma parteira.¹⁴ Henrique foi amamentado pelo período de 2 (dois) anos, andou aos 10 meses e falou com 1 (um) ano de vida. O comportamento na infância foi descrito como “*sempre calmo e tímido*”. Na escola, não apresentava queixas comportamentais e/ou de rendimento escolar.

Nas primeiras entrevistas clínicas realizadas como psicóloga de referência do caso, Fátima relatou o episódio da internação psiquiátrica após o “*surto psicótico*”, com ênfase na descrição das alucinações, das falas e pensamentos considerados desconexos e desorganizados bem como a sexualidade e a agressividade tidas como exacerbadas. Em seu relato, caracterizava a morte do pai de Henrique como um acontecimento traumático na infância do filho e associava a causa do “*surto*” à tristeza após o término de um namoro na escola. Naquele momento, a mãe se mostrava bastante receosa quanto ao futuro de Henrique.

Nas sessões seguintes de acompanhamento, questões como a situação escolar, o quadro clínico e psiquiátrico, as queixas maternas e o relacionamento com o filho mostravam-se frequentes nas cenas analíticas.

A situação escolar mostrava-se emblemática pelo conflito entre o receio materno acerca do retorno aos estudos e o estresse associado, contudo ao mesmo tempo o anseio do filho por retornar à escola. Esse receio baseava-se na experiência do desencadeamento da primeira crise psicótica após o retorno da escola, conforme será relatado posteriormente.

Fátima referia dificuldades no acompanhamento escolar, posto que em diversas situações, Henrique retornava da escola e permanecia triste, chorava, não se comunicava, apresentava desinteresse generalizado, incluindo o desencadeamento de crises. As oscilações no quadro acarretavam em frequentes retornos e ausências da escola. A cada início de semestre, uma nova tentativa de inserção escolar era realizada, sem continuidade na permanência.

No tocante aos quadros clínico e psiquiátrico, ressaltam-se as flutuações com momentos de crise e estabilidade. As alucinações auditivas e visuais, os delírios de grandeza e persecutórios, a heteroagressividade foram os primeiros indicativos do desencadeamento psicótico. Posteriormente, outras indicações surgiram como a presença de tristeza, apatia,

¹⁴ Termo utilizado para descrever as mulheres que ajudam ou socorrem as parturientes no momento do parto.

inapetência, insônia, alterações no humor com predominante humor deprimido, baixo rendimento escolar, baixa autoestima, comportamento introspectivo, isolamento e dificuldades nos cuidados básicos de higiene. Os momentos de estabilidade eram caracterizados pelo retorno do apetite e da comunicação.

Em entrevista realizada com a cuidadora que auxiliava Fátima nos cuidados com os filhos e com a casa, esta referiu que a ausência de Fátima, por estar no trabalho, implicava no sentimento de tristeza de Henrique que, naquele momento, apresentava embotamento afetivo, desorganização no pensamento e na fala, olhar fixo e medo intenso de tudo.

Assim, Fátima relatava o “*desespero*” em não saber como enfrentar a situação e, a partir disso, a necessidade de suporte e apoio para lidar com os comportamentos do filho, mesmo nos momentos de estabilidade. A presença de tiques e estereotípias corporais, o excesso de libido, a alimentação “*descontrolada*” e o “*querer tudo na hora*” acarretavam em dúvidas sobre esses comportamentos serem característicos da adolescência ou referentes ao diagnóstico psiquiátrico. Em alguns momentos ao decorrer dos atendimentos, Fátima referia a diminuição de conflitos no âmbito familiar e sentir-se menos preocupada e ansiosa a partir de uma certa estabilidade no quadro do filho.

A primeira internação em maio de 2013 culminou na sua ida ao CAPS i, Henrique foi internado novamente em junho de 2015 pelo período 12 (doze) dias após a morte de um amigo do seu pai já falecido. Esse acontecimento desencadeou o risco e tentativa de suicídio, situações não registrada anteriormente.

Após a alta da internação ocorrida em junho de 2015, outros sentimentos emergiram na relação entre mãe e filho. Fátima mencionou sentir-se magoada e confusa com os acontecimentos e agressões do filho durante o período de hospitalização. Henrique a agredia verbalmente com frequência e, na impossibilidade de agredi-la fisicamente por estar contido na cama, tentava agredir-se com quaisquer objetos. Essa situação foi presenciada por mim e outra psicóloga da equipe durante uma visita ao hospital.

Em julho de 2015, ocorre a finalização do acompanhamento comigo devido à minha saída da instituição. Na devolutiva, Fátima descreveu o tempo de acompanhamento no CAPS i como significativo para que pudesse lidar com o filho.

Atualmente, 6 (seis) anos após o início do acompanhamento no CAPS i, Fátima, aos 38 anos de idade reside com os 5 (cinco) filhos e encontra-se afastada do trabalho. Mãe e filho

continuam sendo acompanhados no CAPS i e, em consulta recente ao prontuário referente ao período de agosto de 2015 a março de 2017, constam os registros de duas novas situações de internações –nos meses de fevereiro e em junho de 2016. A questão do retorno à escola permanece emblemática, acarretando no quadro de ansiedade de Henrique e os conflitos com a mãe. Henrique encontra-se aposentado pela Previdência Social com o diagnóstico psiquiátrico F20.1¹⁵ (Esquizofrenia Hebefrênica) e a escola recebe atestados médicos periódicos para a manutenção de sua matrícula.

5.1.2 Os encontros com Fátima

No contexto acima referido, iniciam-se os relatos da experiência materna referentes aos quatro encontros realizados:

Quadro 5 – Encontros com Fátima

Encontros	Data	Duração	Descrição
1º	10/02/2017	1:01:11	Entrevista
2º	13/02/2017	55:17	Aplicação TAT e Entrevista
3º	09/03/2017	1:01:23	Entrevista
4º	14/03/2017	43:09	Entrevista Devolutiva

Fonte: Própria autora.

5.1.2.1 Recortes da história de vida da mãe

No relato de sua história, Fátima contou ser a filha mais nova de quatro irmãos e ressaltou o abandono materno ocorrido em sua infância aos 3 anos de idade, referindo que o seu pai após esse acontecimento, assumiu integralmente os cuidados dos filhos. Referiu as consequências desse abandono, como o sofrimento dos filhos com a separação dos pais, a ausência paterna em virtude do trabalho, os cuidados dos irmãos uns com os outros, o choro

¹⁵ De acordo com os critérios do Código Internacional de Doenças CID 10 (OMS, 1994).

dela e dos irmãos (crianças na época) pela ausência materna bem como a conseqüente desestabilização financeira da família.

Somado a isto, Fátima expôs de modo incisivo o sofrimento paterno pelo abandono da esposa, o que culminou em uma tentativa de suicídio em que foi necessária a intervenção dos filhos para que não se concretizasse. O pai, no relato de Fátima, aparecia como um homem emocionalmente fragilizado pelo abandono da esposa e os filhos apareciam como interventores do pai, como um apelo para que permanecesse vivo. Diversas vezes, o pai de Fátima viajava em busca do apoio da família da ex-esposa que residia em outro estado e os filhos permaneciam sozinhos. Segundo Fátima, ele não se casou novamente, *“envelheceu, morreu, sozinho”*. A filha caracterizava-o como um *“herói”*, um *“superpai”* que cuidava e demonstrava carinho ao chamá-la de *“caçula”*. Mencionou nunca ter apanhado dele e os dois dormiram juntos no mesmo cômodo até aproximadamente os 10 anos de idade de Fátima.

Ao relatar situações ocorridas na infância e juventude, Fátima destacou uma cena ocorrida aos 8 (oito) anos de idade quando a sua mãe foi visitar os filhos na escola, contudo ela e uma das irmãs recusaram vê-la, embora ela *“implorasse pela janela”* da sala de aula. Fátima declarou sentir a diferenciação no modo de tratar e falar maternos com ela em comparação às suas irmãs. O que foi corroborado por ela no relato de uma situação ocorrida aos seus 10 anos de idade em que foi visitar a mãe, e, após bater na irmã pela briga de um sapato, *“apanhou”* de modo bastante violento da mãe. Sobre esse acontecimento, Fátima desabafou: *“mesmo ela não cuidando de nós, ela queria ter essa autoridade, porque uma mãe que abandona os filhos e vai morar com outro homem, não tem como ela falar nada, não sei se tou errada ou se tou certa, mas é assim que eu penso”*.

A despeito de todas essas situações, aos 11 (onze) anos de idade, Fátima foi em busca da sua mãe para que pudesse morar com ela. Permaneceu na casa por apenas 3 (três) dias em decorrência da investida sexual do padrasto. Quando questionada sobre o motivo de sua procura, inicialmente hesitou em falar e, posteriormente, explanou que a procurou por *“curiosidade, para ter uma afinidade, amizade”*.

Após esse último acontecimento, um longo período de afastamento se sucedeu entre mãe e filha. A reaproximação entre as duas ocorreu somente anos depois quando a mãe de Fátima adoeceu, mudou-se para uma cidade próxima para fazer tratamento e procurou por

Fátima. O abandono materno e a investida sexual do padrasto continuaram a ser assuntos velados na relação entre as duas.

O falecimento da mãe ocorreu há aproximadamente 5 anos, Fátima foi a única filha a não assinar um documento necessário para que os irmãos entrassem na justiça e pudessem requerer a herança materna. Ao relatar essa situação, mostrou-se ressentida e justificou a sua recusa a partir da comparação do amor materno em relação à neta criada – filha de uma das suas irmãs - pela mãe (avó): *“eu acho que o amor que ela conheceu de mãe pra filha foi com essa neta”*.

Quando se iniciam os relatos sobre a sua juventude, Fátima direcionou precisamente para o momento em que tinha 15 anos de idade, caracterizando-se como alguém que *“não entendia de nada”* por *“não ter mãe”* e por seu pai que, ainda que tivesse sido um *“paizão”*, nunca explicou as coisas ou conversou com os filhos: *“então, nunca ninguém me ensinou”*. Foi a partir dessa descrição de si mesma e nesse contexto em que conheceu Carlos, pai dos três filhos mais velhos, incluindo Henrique.

Fátima e Carlos permaneceram casados por 15 (quinze) anos. Carlos foi descrito como um *“bom marido e um paizão”*. A relação entre o casal foi considerada *“normal”* no começo, contudo ao decorrer dos anos, emergiu em Fátima um sentimento de rejeição em relação ao marido em decorrência do uso de bebida alcoólica. Fátima afirmou que se Carlos estivesse vivo, provavelmente não estariam mais juntos, pois *“não era isso que eu queria pra minha vida”*. Somado a isto, o seu relato apresentou-se permeado por uma responsabilização de Carlos a partir da diferença de idade e experiências de vida: *“quando eu vim morar com o pai dos meus filhos, eu tinha 15 anos, ele já tinha o quê? Acho 37, 36 pra 37 anos, ele já era um homem, ele já tinha tido família, ele já tinha tido 3 filhos, e eu era uma criança com 15 anos naquela época”*.

Essa responsabilização apareceu em outro relato de Fátima em que Carlos foi descrito como *“um homem de idade”*, que poderia ter usado preservativo, comprado anticoncepcional para a esposa com o intuito de evitar filhos: *“foi me enfiando filho, filho, filho, 3 filhos, um atrás do outro, ainda morreu e me deixou sem nada, só com um barraco velho (risos)”*.

Carlos faleceu há 11 anos após a confirmação do diagnóstico de câncer e o seu adoecimento se prolongou por meses. Na época, Fátima começou a trabalhar em outro município para sustentar financeiramente a família, incluindo uma cuidadora para o marido e

os filhos. A família contava com a ajuda de alguns parentes para acompanhar Carlos ao hospital, pois Fátima somente conseguia retornar para a cidade a cada 15 dias e, na impossibilidade de ir, enviava dinheiro para a família.

Quando questionada sobre Carlos, em seu primeiro relato, Fátima destacou sentir dificuldades em nomear como se sente: *“hoje assim dentro de mim, eu tenho assim tipo assim, tenho um pouco de, não sei se posso dizer que é rancor do pai dos meus filhos, eu acho, eu acho que é sofrimento não sei, é alguma coisa misturada dentro de mim que eu sinto, entendeu?”*

Após o falecimento do marido, Fátima referiu o início de questionamentos acerca da sua vida, o que suscitou nos sentimentos relacionados a Carlos: *“depois que o Henrique adoeceu, não sei se eu me vi muito sozinha, com uma responsabilidade muito grande, talvez, se eu não tivesse esse monte de filho, eu não tinha passado por isso né, daí então eu acho que despertou alguma coisa, parece que eu peguei mais raiva dele”*.

Sobre os relatos acerca da gravidez e maternidade, Fátima relatou que engravidou pela primeira vez aos 16 (dezesseis) anos e nas gestações dos 3 (três) primeiros filhos, incluindo a de Henrique, não se recorda muito bem dessas experiências, pois *“não soube o que é isso, curtir gravidez”*. Entretanto, as duas últimas gestações dos filhos mais novos são recordadas com aparente carinho *“já tava mais preparada, eu curti a gravidez, eu curti ir na loja comprar roupa”*.

Caracterizou-se como uma *“supermãe”* ao cuidar dos filhos, querer protegê-los de tudo, chegando a passar *“um pouco dos limites, quero saber de tudo, quero mandar na vida deles”*. A proteção demasiada pode ser descrita a partir de uma situação em que ela capina o quintal no sol e joga veneno, expondo-se a um risco real, impedindo assim que os filhos a auxiliem, pois a seu ver *“aquele veneno não ia fazer mal pra mim, mas pra eles ia fazer”*. Justificou-se por acreditar que os filhos ainda são pequenos e passou pouco tempo com eles ao permanecer em casa após o falecimento do marido, pois não podia *“dar amor e atenção”* e *“tentava compensar mais com presentes, com uma vidinha melhor”*.

Nesse sentido, em seus relatos, Fátima pontuava a sua posição materna buscando diferenciá-la da sua experiência enquanto filha: *“Igual hoje em dia, os pais conversam com os filhos, igual eu converso com os meus filhos”*. O que pode ser traduzido como uma tentativa de ressignificação do abandono outrora vivenciado.

5.1.2.2 Fátima e a psicose de Henrique

Fátima contou ter reagido à notícia da gravidez de Henrique com muita “*preocupação e agonia*” pela pouca diferença de tempo entre a gravidez anterior do segundo e a de Henrique, o terceiro filho. Relembrou sentir “*muita vergonha*” em estar grávida e a sua preocupação maior residia no que os outros iam “*pensar e falar*”. Discorreu que “*foi uma gravidez tranquila*”, porém no momento do parto não quis ir para a maternidade, assim o parto realizado na casa da sogra por meio da assistência de uma senhora que havia sido enfermeira denominada parteira. A relutância em ir para o hospital devia-se ao fato de o filho não ter “*enxoval ainda*” e reiterou: “*eu falei que não ia pra maternidade passar vergonha porque iam perguntar (risos), eu resolvi não ir e eu não fui*”.

Henrique “*nasceu bem*” e a Fátima o descreveu como um bebê “*bonito, grandão e gordinho*”. Quando criança, apresentava comportamento considerado “*normal*” e “*ativo*”. O relacionamento entre mãe e filho foi caracterizado a partir da descrição dele como alguém compreensivo que “*sempre entendeu muito bem as coisas*”, inclusive “*reagindo bem*” à ausência materna para trabalhar no período de adoecimento do pai. A relação entre pai e filho foi caracterizada como “*muito boa*”, pois Henrique “*era o mais apegado*” de todos os filhos.

Contudo após os 7 anos de idade, ocorreram mudanças no comportamento: “*depois que o pai dele faleceu que ele ficou uma criança mais calada*”. Segundo o relato materno, em poucos dias após o falecimento paterno, os outros irmãos já estavam brincando novamente, enquanto Henrique permanecia “*todo o tempo tristinho*”. A partir desse momento, Henrique passou a ser descrito como uma criança estudiosa, com rendimento escolar satisfatório e extremamente “*preocupado e responsável, parecia que ele pegava a responsabilidade da casa pra ele entendeu, ele se preocupava com tudo, até com a conta de luz que ia chegar no mês que vem, até hoje, ele ainda se preocupa com tudo*”. Acreditava que essa mudança de comportamento do filho “*era normal*” que ele “*gostava de ser assim*”, apesar de hoje acreditar que “*aquilo não era normal*”.

Sobre o desencadeamento psicótico de Henrique, Fátima relembrou que o filho foi à escola “*como todos os outros dias normais*”, e, após o seu retorno, “*chegou falante*” seguido de um choro compulsivo. Após aproximadamente 2 horas desse choro compulsivo, “*ele começou a não falar coisa com coisa, que ele dizia que a casa tava torta, que a casa ia cair,*

que tinha mendigo na calçada". No dia seguinte, a mãe procurou uma unidade de saúde no município onde residem, Henrique foi encaminhado para o Hospital de Pronto-Socorro localizado na capital do Estado e, após 1 semana, foi encaminhado para o Hospital Geral, onde permaneceu internado por 25 (vinte e cinco) dias. No momento da alta, a família foi direcionada para atendimento no CAPS i.

Fátima relatou sentir dificuldades em compreender o diagnóstico e, diante disso, adotava uma postura de confrontação acerca dos delírios e das alucinações durante as crises do filho. Essa postura baseava-se em uma incerteza materna: *"ele é muito inteligente mesmo no surto dele (risos), não tem nada de besta mesmo no surto, e algumas coisas ele não se lembra, mas tem muitas coisas que ele lembra"*. Somado a isto, a mãe tentava evitar que o filho tivesse contato com situações potencialmente tristes ou catárticas, como por exemplo, o velório do amigo do pai ocorrido há poucos meses. Mesmo após o impedimento materno, Henrique reivindicou a sua ida e entrou em crise.

As estratégias atuais nos cuidados com o filho, utilizadas e descritas por Fátima, se referem a uma tentativa de identificar e entender sob que circunstâncias o olhar, a linguagem e a expressão facial de Henrique se modificam, como indicativos de uma possível crise.

Sobre o cotidiano atual que envolve os cuidados, a mãe pontuou a independência do filho, especialmente no tocante aos cuidados básicos de higiene. A autonomia dele envolve atividades como ir à padaria, buscar a sobrinha na escola todos os dias.

Sobre o retorno à escola, Henrique está matriculado na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA) e anseia constantemente pelo retorno; por sua vez, a mãe demonstrou seu receio: *"na minha mente volta tudo aquilo de novo, que ele vai surtar, que ele vai pra escola vai chegar surtado, aí eu não consigo, eu peguei um trauma, negócio de escola, trauma, trauma"*. Esse receio baseia-se na suspeita materna de que situações ocorridas na escola podem desencadear as crises, embora nunca as tenha confirmado.

Nesse sentido, as dificuldades relatadas residem no receio de que ele retorne à escola, frequente a igreja e a sua inserção de modo mais abrangente na comunidade.

A partir dos cuidados com Henrique, Fátima expôs a sua experiência materna que, especialmente nos momentos de crise, repercute em sua alimentação e no sono. Suas principais limitações se referem às impossibilidades de trabalhar e de viajar: *"antigamente eu tinha sonhos*

assim de trabalhar, é viajar, hoje em dia, eu não tenho mais, trabalhar, eu não posso mais porque eu tenho que ficar atenta a ele né, eu tenho que cuidar dele. ”

Sobre a sua percepção atual e futura, pontuou que Henrique não é “*mais a pessoa que era antes*”, pois hoje em dia acredita que ele se sinta triste por ter que tomar os remédios. Concomitantemente, não parece permitir que ele questione a sua condição psicótica: “*por mais que me dói sabe, mas o que eu passo pra ele sabe, é pra ele entender, pra ele não querer se fazer de coitadinho e não tomar a medicação*”. Dessa maneira, qualquer possibilidade de dependência futura do filho em relação à mãe é descartada pela premissa materna: “*não quero viver isso pelo resto da minha vida*”.

O relato de Fátima apareceu permeado de esperança baseada no autocontrole e numa espécie de normalidade como a ausência ou diminuição dos “*surtos*”, que sustentam uma crença na capacidade do filho: “*a minha esperança é dele...quem sabe quando ele ficar mais adulto, surtar menos ou não surtar mais e ter uma vida normal, tomar os remédios dele direitinho, voltar a estudar, fazer um curso, se profissionalizar em alguma coisa, que ele é capaz disso, eu falo pra ele que ele é capaz disso, ele só tem que ter auto controle dele mesmo*”.

A possibilidade de que a psicose se estabilize apareceu no discurso materno a partir de uma espécie de aprendizagem, autoconhecimento e controle do filho sobre as crises e ainda associada ao momento em que ele “*arrumar uma namorada*”, todavia fez uma ressalva: “*Ele só tem que conseguir lidar com perdas, porque o Henrique pelo jeito assim, não consegue lidar com perdas*”.

O atual relacionamento entre mãe e filho surgiu em seu relato profundamente vinculado às crises psicóticas: “*Quando ele tá surtado, ele fala as coisas terríveis, agora que tá pior mesmo porque ele não me agredia, agora dessas duas últimas crises dele, ele já vem pra me agredir, sabe, fala que vai me matar*”

Relatou uma mudança em que predominam a agressividade física e verbal e verbalizou a sua postura, mesmo nos momentos de crise: “*eu bato muito de frente com ele né*”. As agressões verbais de cunho sexual dirigidas à mãe colocam-na em uma posição de evitação em que a proximidade física com o filho lhe causa um mal-estar: “*eu acho que devido ele falar palavras comigo quando ele tá doente, quando ele deita na minha cama, eu já me sinto mal, entendeu*”.

Henrique quer dormir no quarto da mãe e busca justificar-se com ela ao sentar perto, a abraçar e desabafar que não entende porque *“fica assim doente”*, que tenta lutar contra isso, porém não consegue e que não gostaria de *“xingar”* a mãe, mas tem que *“xingar”*. Esse relato parece indicar uma tentativa do filho de garantir o amor materno seja por meio da justificativa seja pela presença física e inseparabilidade entre mãe e filho.

Por outro lado, Fátima evita conversar sobre as justificativas do filho, o que fundamenta o medo de que, ao falar sobre, pode-se desencadear uma crise: *“`Ah, tá bom, bora mudar de assunto, bora mudar de conversa´ pra mim parece que se ele ficar lembrando disso ele vai surtar, não sei, me sinto mal, tenho medo”*.

Por fim, pontuou o sentimento de mágoa pelo que é dito e feito pelo filho, o que permeia sua relação com ele mesmo nos momentos de estabilidade. Por sua vez, reiterou o *“esforço danado”* para superar a forma como se sente, posto que os seus vínculos de cuidado com o filho *“vai acabar quando um de nós dois morrer né, a minha responsabilidade com ele”*.

5.1.2.3 Fátima e sua relação com o CAPS

Em relação ao acolhimento e atendimento, Fátima afirmou a importância do CAPS em sua vida por consistir no local onde encontrou *“apoio”* e que aprendeu a *“ter coragem”* para lidar com as situações advindas da condição psicótica do filho. Referiu a importância e elogiou os profissionais da instituição, a convivência com as outras mães e pontuou o CAPS como um local onde encontra *“força”*, onde aprendeu e aprende a *“lidar com Henrique”*. Teceu críticas em relação ao serviço: *“Esse CAPS aqui, a gente necessita de tudo né porque aqui só tem atendimento médico né e aqui tinha que ter um esporte, uma terapia ocupacional pra eles, muita coisa aqui precisa, aqui é carente de tudo, aqui tem mesmo só atendimento”*.

Sobre as possíveis contribuições da equipe CAPS, reiterou que não sente necessidade de atendimento psicoterapêutico para si, apenas sente falta de apoio ou de conversar nos momentos mais críticos em que o filho está em crise. Reafirmou que gostaria e participaria se houvesse um apoio para ela e para todas as mães que passam pela mesma experiência como, por exemplo, um grupo terapêutico.

5.1.2.4 Análise e Interpretação do TAT

Neste item, inicialmente serão apresentados os relatos de cada história referente às pranchas a partir da verbalização de Fátima, com enfoque para as produções da sua imaginação. Ademais, os inquéritos serão descritos com o intuito de fornecer subsídios para a análise e interpretação.

Data de aplicação: 13/02/2017

Quadro 6 – Descrições das Pranchas 1, 2, 3RH, 16 e 19 (Fátima)

Prancha 1 – O menino e o violino	
Tempo de latência inicial: 2 segundos Tempo global ou total: 18 segundos	
Descrição:	<i>“Bom esse menino aqui com essa tristeza assim, é, me lembra o Henrique, o que mais que eu tenho que falar?”</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“Ah meu Deus, o que que é um título mermo? Eh, essa criança não é feliz”.</i>
Como você acha que ele está se sentindo?	<i>“Não sei o que ele tá pensando, mas tá triste, sei lá tá meio depressivo, ah, não sei, ele tá triste, tá triste, tá depressivo, o que eu vejo é isso”.</i>
E o que pode ter acontecido?	<i>“Não sei, algum problema na família, sei lá, não sei”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Não sei, ele pode ser, não sei, será que ele pode surtar por causa disso, dessa tristeza?”</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“Eu vejo ele uma criança triste, só isso. Isso aqui é um violino?”</i>

Prancha 2 – A estudante no campo	
Tempo de latência inicial: 5 segundos Tempo global ou total: 54 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui ela tá indo pra uma igreja, tudo uns personagens com cara triste, não tem nenhum sorrindo. Não sei se ela tá indo fazer alguma coisa, estudar, não parece, tá parecendo eu indo pra igreja com a bíblia na mão” (risos)</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“O título? Eh, uma pessoa guerreira, forte”.</i>
Como você acha que ela (a	<i>“Ela não tá com a cara muito alegre não, um negócio assim meio triste.”</i>

personagem mais da frente) está se sentindo?	
E o que pode ter acontecido?	<i>“Não sei, deve tá com algum problema em casa.”</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Acho que ela vai ser mais feliz, sorrir mais, ela tá com a cara muito feia, muito fechada, séria, é uma mistura de tristeza assim, porque pra pessoa sorrir tem que ter algo feliz né, ela sentir alguma coisa de felicidade pra ela sorrir né e ela tá muito séria, muito fechada”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“Tem umas casinhas ali no fundo ali, pra mim, não consigo imaginar nada não, é algum problema é? Que eu não consigo imaginar” (risos). Só tem essas pessoas feias, essa aqui é mais feia do que esse homem, eu não enxergo nada não, parece tipo a escravidão”.</i>
E esses outros personagens? Essa mulher, esse homem...	<i>“Não sei te explicar não, eu posso até imaginar uma outra coisa, mas agora no momento, posso até pensar em outra coisa, mas depois, agora no momento não tá me lembrando nada”.</i>

Prancha 3 RH– Curvado/a sobre o divã	
Tempo de latência inicial: 13 segundos Tempo global ou total: 1 minuto e 5 segundos	
Descrição:	<i>“Na minha cabeça, não vem nenhuma estória, na minha cabeça essa pessoa aqui jogada no chão, só me lembra o Henrique, quando o Henrique tá surtado, igual quando a gente mesmo vai pro hospital, às vezes ele se joga no chão, aqui parece uma cama, um banco, sei lá que ela tá escorada a cabeça aqui ó, me lembra também quando ele tá na cama, eu sento na beira da cama, assim eu fico em pé, não sei, me lembra o Henrique sabe assim, lembra eu cuidando do Henrique passando o que eu passo com ele quando ele tá surtado e também me lembra ele quando ele se joga no chão”.</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“O título? Ela tá sofrendo”.</i>
Como você acha que ela está se sentindo?	<i>“Não tá legal não, acho que tá mal”.</i>
E o que pode ter acontecido?	<i>“Ah meu deus, assim, o que me vem na lembrança é isso né, então o que vem na lembrança é o que me faz pensar porque essa pessoa tá assim né, não sei, tá sofrendo, alguma coisa assim, que nem quando Henrique tá ruim, que eu fico sofrendo, que ele fica sofrendo, que não tem nada bem com essa pessoa”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Ah ela vai melhorar” (risos). “Vai ficar bom, a gente tem que ter esperança né”</i>

Tem mais alguma coisa nessa prancha?	“Não”
--------------------------------------	-------

Prancha 16 – Em branco	
Tempo de latência inicial: Imediato Tempo global ou total: 33 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui? Ai, depois de tanta tristeza, o mundo se alimpou, alegria” (risos). “O que eu imaginei é isso, um papel branco, claro, eu vi aqui só cara triste, não sei, foi isso o que eu enxerguei aqui, clareou o dia, tá bem lindo, tá bonito.”</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“Título? Feliz, claridade”.</i>
Como vocês estão se sentindo?	<i>“Bem aqui, eu imaginei assim, quando o Henrique sai, quando o Henrique tem alta que eu saio na porta do hospital que eu vejo o mundo entendeu, que eu vejo o claro lá fora e ele tá bem, é isso que eu consegui imaginar, quando eu saio do hospital com ele e tô indo pra casa, estamos bem, bem melhor do que ele tava, não muito feliz, porque hoje o Henrique, ele tem um pouco de tristeza nele, ele não é 100% feliz, ele não chega a falar, mas eu percebo”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	“Não”

Prancha 19 – Cabana na neve	
Tempo de latência inicial: 21 segundos Tempo global ou total: 1 minuto e 9 segundos	
Descrição:	<i>“Isso é um balneário é? Um rio? O que é isso aqui? Eu imaginei isso aqui parece um rio, quando nós vamo pro rio tomar banho, mais ou menos assim, não sei, eu não entendi que desenho é esse aqui, mas esse aqui me lembrou um rio, não sei, não veio outra coisa na minha lembrança não”.</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“Eh legal, um dia feliz, eu acho”.</i>
Como vocês estão se sentindo?	<i>“É uma lembrança boa pra todo mundo”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	“Não”

Fonte: Própria autora.

Quanto à análise e interpretação do TAT, observou-se que em todas as pranchas Fátima apresentou dificuldades em elaborar histórias, o que parece indicar uma impossibilidade de representação, ou mesmo, a possibilidade de resistência, especialmente na Prancha 2. Essas dificuldades podem indicar a resistência à aplicação da própria técnica projetiva e os entraves na possibilidade de fantasiar, posto que ela parece se ater aos fatos concretos da realidade em que vive. A única exceção refere-se à prancha 16 (em branco), situação em que o tempo de latência é imediato e Fátima relatou a saída do filho do hospital como cena principal.

Emergiram também as identificações dos personagens com o filho triste (Pr 1) e surtado (Pr 3 RH), consigo mesma como uma pessoa “*guerreira, forte*”, mesmo que “*triste, séria e fechada*” (Pr 2) nos cuidados com o filho (Pr 3RH) ou mesmo concomitantemente no sofrimento conjunto entre mãe e filho (Pr 3RH). Essas identificações não cedem espaço para a inserção de outros personagens nas cenas, não vistos por Fátima (Pr 2), ou mesmo de outros aspectos como na ausência de menção ao violino (Pr 1). Nesse sentido, a representação materna de um ideal de si e do filho ocupam posição central na dinâmica do relacionamento mãe-filho.

A predominância do sentimento de tristeza, infelicidade e sofrimento nos relatos das pranchas 1, 2 e 3RH associadas a algum “*problema na família ou em casa*” como causas foram progressivamente substituídos pelos sentimentos de felicidade e alegria (Prs 16 e 19). Como ponto de corte, a saída do filho do período de internação apresenta-se como principal cena que denota a “*limpeza*” do mundo e o clarear do dia (Pr 16). A dúvida sobre a tristeza do menino acarretar em um possível surto aparece como um aspecto importante (Pr 1).

Especialmente nas duas últimas pranchas, a referência constante à esperança— seja na capacidade de o filho conseguir tocar violão¹⁶ seja na felicidade de ambos — é reiterada após o inquérito da Prancha 3 RH quando Fátima mencionou sobre a necessidade de a pessoa acreditar que a cada amanhecer será uma nova esperança porque “*se não entra numa depressão, não sai da cama*”. Fátima reiterou a força que precisa ter para seguir em frente, senão “O que vai ser da minha vida? O que vai ser de mim?”. Por último, a esperança aparece na Pr 2 “*Acho que ela vai ser mais feliz, sorrir mais*” denotam um sofrimento atual com a esperança futura,

¹⁶ Após o inquérito da Prancha 1, Fátima referiu que o filho tentou iniciar aulas de violão - o sonho dele - mas não conseguiu acompanhar porque se tremia muito. O professor foi consultá-la a respeito da condição de Henrique. A mãe comparou essa situação à mesma da escola em que o filho fica nervoso, com medo e não consegue acompanhar.

conforme o inquérito na prancha 3 RH: “Ah, ela vai melhorar (risos). “Vai ficar bom, a gente tem que ter esperança né”.

Fátima aparece como uma mulher guerreira e forte que luta contra os problemas em casa e na família, ao mesmo tempo em que luta contra a possibilidade de seu adoecimento, conforme evidenciado na identificação de si na Prancha 2.

Outro ponto suscitado reside na inferência materna acerca do sonho do filho em tocar violão e do sentimento de tristeza percebido por ela, embora ele não fale sobre esse sentimento. Henrique aparece identificado com o menino do violino (Pr 1) e caracterizado como uma pessoa afetada por sua tristeza, causa do desencadeamento psicótico. Ou seja, Fátima estabelece uma relação causal entre o sentimento de tristeza e a crise psicótica. Essa inferência materna associada às representações do ideal de si e do filho serão aprofundadas na Discussão Geral.

5.1.3 Ressonâncias psíquicas maternas em Fátima

Nesse item, serão descritas e analisadas as repercussões emocionais e psíquicas em Fátima.

Durante os encontros, Fátima relatou que o período de gravidez de Henrique foi marcado pelo sentimento de “*vergonha*” e, ao nascer, o filho não tinha enxoval, situação atribuída a questões financeiras. Henrique foi o único filho a nascer sem os cuidados médicos necessários e sim por meio da assistência de uma parteira da região. O corpo imaginado do filho como delírio de completude (Iaconelli, 2015) pode não ter sido efetivado no psiquismo materno, com repercussões para o lugar que ele ocupa na subjetividade materna. No próprio relato, Fátima apenas discorreu sobre a gestação dele após a reiteração do questionamento, uma vez que inicialmente discorreu somente sobre a gravidez do segundo filho. Essa questão também se evidenciou na entrevista, pois ao ser questionada sobre a gestação de Henrique, Fátima iniciou o relato sobre a gestação do segundo filho mais velho. Esse posicionamento de Fátima perante à gravidez de Henrique foi teorizado por Freud (2010/1914) e Lasnik (1997) a partir da situação de ausência de investimento libidinal no filho e sobre a ilusão antecipatória do bebê.

As incertezas atuais sobre a maternidade denotam passagens de responsabilização e desresponsabilização no que se refere às gestações: “*mas tem hora que eu me pergunto sabe, porque? Porque eu fui ter esse monte de filho? Porque que isso aconteceu? Porque eu deixei*

isso acontecer? Falta de orientação? Não sei, falta de cuidado? Não sei, foi acontecendo, acontecendo, por mais que eu tomava remédio, por mais que usava preservativo, quando eu via, eu tava grávida, sei lá o que aconteceu na minha vida. ”. Em outros momentos, Fátima responsabiliza o ex-marido Carlos, pai de Henrique: “foi me enfiando filho, filho, filho, 3 filhos, um atrás do outro, ainda morreu e me deixou sem nada, só com um barraco velho (risos) ”.

O desencadeamento da psicose de Henrique suscitou implicações no modo de ver-se, perceber-se como mãe e, principalmente como mulher, o que trouxe à tona reflexões antes não possíveis de serem pensadas e constantes acerca da sua posição materna. Isso denotava a sensação de estar errada no modo de criar os filhos: *“eu acho que eu devia, devia assim dar mais amor, dar mais amor, eu cuido, eu cuido bem deles sabe, eu me preocupo com tudo, mas assim eu não sou aquela mãe assim de estar abraçando, beijando”*.

Então, o sentimento de culpa emergiu em seus relatos por acreditar que o seu distanciamento afetivo significa não ser boa mãe ou mesmo não dar amor aos filhos: *“eu me culpo um pouco assim, eu me pergunto né: será que eu não presto, será que eu não fui uma boa mãe? Daí eu fico pensando: será que em alguma coisa eu falhei? Será que faltou alguma coisa? Eu me pergunto: Será que tô fazendo certo, será que tô errada? Será que eu sou uma péssima mãe? Às vezes isso vem na minha cabeça e é por isso que aconteceu isso com o Henrique, às vezes eu me pergunto assim entendeu, eu tento ser uma boa mãe, mas não sei se tô fazendo o certo ou não”*.

Ao não encontrar eco nas respostas que busca ao questionar-se como mãe, indaga aos outros sobre a sua condição, como relatou sobre uma conversa que tivera com a sua nora, uma moça bem mais jovem: *“Tu acha que eu sou uma mãe ruim? O que que tu acha de mim? Fala a verdade, pode falar a verdade, o que que tu acha de mim? ” E recebe as críticas sem crivo do atual companheiro: “ele fala que eu protejo demais meus filhos, daí eu fico pensando assim: Será que eu tô tão errada assim? ”*

O atual companheiro de Fátima é pai do seu filho mais novo e reside em outro estado. Quando vem à cidade para visita-los, Fátima refere que ele pontua questões referentes ao seu desempenho como mãe.

O termo *“péssima mãe”* utilizado por Fátima remete a uma identificação com a sua própria mãe, caracterizada como uma pessoa que abandona os filhos. Pois na ausência materna, parece incidir uma falta de identificação com a posição de mãe considerada ideal, o que se

desnuda por meio dos incessantes questionamentos de si. A identificação ocorre com o pai ao referir-se a ele como *superpai* e ela, por sua vez, como uma *supermãe*.

As indagações remetem à visão de Fátima sobre a ausência de *amor e consideração* de sua própria mãe pelos filhos, especialmente por ela, pois Fátima referiu que somente as outras filhas – suas irmãs - recebiam *presentes*, por sua vez, ela nunca recebera nada da mãe. Assim, o seu distanciamento afetivo é justificado em seu relato por não ter tido uma *mãe presente*, que a pegasse no colo, a beijasse, a abraçasse e isso fez com que ela ficasse “*meia dura*”. Essa caracterização em seu discurso denota uma mãe que não lhe dava *presentes* e nem se fez *presente* em sua vida.

Todos esses relatos implicam num superego feroz e mortificante. Esse movimento se caracteriza num contexto em que o saber materno é suposto natural e, quando não encontrado, ela necessita da intervenção de um profissional que possa lhe dizer sobre ele (Iaconelli, 2015).

Outro ponto a ser discutido refere-se à herança material da mãe recusada por Fátima, sendo a única filha a não assinar um documento para requerer os bens materiais. Essa situação pode traduzir-se como uma tentativa de recusa pela herança materna enquanto papel e identificação. Essa assertiva mostra-se pertinente ao comparar-se com a mãe quanto ao anseio materno em deixar os bens materiais: “*se fosse eu, com certeza eu tinha feito o documento, ó, o que for meu, quando eu fechar os olhos, é dos meus filhos*”.

Nesse sentido, se coloca numa posição distinta como mãe de sua experiência como filha, o que repercute na visão dos seus filhos como necessitados de proteção e de cuidado. Pontuava sua posição materna que não falha, invencível, sem limites, como no exemplo de colocar-se em perigo perante a possibilidade de intoxicação ao jogar veneno no quintal: “*aquele veneno não ia fazer mal pra mim, mas pra eles ia fazer*”.

Quanto à psicose de Henrique, o lamento inicial e as indagações sobre a sua responsabilidade cederam lugar a um discurso manifesto de aceitação, vinculado à religião: “*antigamente, eu me lastimava muito sabe: ah, mas porque isso foi acontecer comigo? Eu questionava muito isso: Porque? Mas hoje em dia não, hoje em dia, eu aceito entendeu, se Deus permitiu que isso aconteceu comigo é porque, eu sou capaz, porque nada acontece sem a permissão de Deus, se Deus permitiu, é porque ele sabe que sou capaz e ele vai me dar força para mim aguentar até o fim*”.

Essa força mencionada por Fátima se esclarece por meio de uma imagem de uma mãe forte que se defende contra um possível adoecimento: *“Mas não é fácil, não é fácil, eu sorrio, eu brinco, eu converso, assim pra mim não entrar numa depressão também entendeu, então, eu tenho que ser forte pra mim cuidar dele”*. Assim, a experiência da psicose do filho parece remeter à experiência do abandono materno: *“porque se eu adoecer, quem é que vai cuidar dele, quem é que vai cuidar de mim?”*

O ser guerreira, conforme pontuação anterior no TAT, se traduz pelo relato: *“daí eu encaro a realidade, tem que encarar, quando eu vejo que ele tá surtado mesmo se transforma em coragem meu medo”*. Essa necessidade de encarar a realidade, remetendo a sua imagem de uma mãe corajosa, em que há uma passagem do medo para a coragem, o que nos remete ao questionamento sobre a ausência do espaço para a elaboração dos afetos associadas à essa experiência.

O recorrente uso da palavra *medo* surgiu em diversos momentos durante a pesquisa de mestrado (S.A. Silva, 2014) em que mãe e filho participaram, especialmente pela possibilidade de uma nova crise psicótica. Esse sentimento permanece associado à uma atenção constante, ao sobressalto e diz de uma angústia ao deparar-se com o insuportável não saber: *“Hoje, assim, eu vivo assim, não sei, eu dentro de mim, eu sinto muito medo, assim nunca mais assim eu tive aquela tranquilidade de antes de ele adoecer né, hoje em dia eu sorrio, eu converso, mas todo o tempo eu tô atenta porque tenho medo de uma recaída dele, eu sempre penso: Será que amanhã ele vai tá bem?”*

Nesse contexto, é interessante destacar o papel das situações cotidianas ao oferecerem informações práticas para que a mãe possa reorganizar um saber sobre o seu filho. Essa reorganização do saber para Fátima atua como uma tentativa de identificar quando Henrique poderia ter uma nova crise.

As dificuldades relatadas residem na manutenção do laço social, denotadas pelo receio de que Henrique retorne à escola, frequente a igreja e a sua inserção de modo mais abrangente na comunidade.

Fátima refere ainda ter dúvidas se a psicose de Henrique poderia ter sido evitada com a presença de Carlos: *“talvez se ele tivesse vivo hoje, o Henrique nem tava assim né”*. Essa parece ser uma estratégia utilizada em buscar explicações que possam amenizar o sentimento de culpa. Esse sentimento de culpa associa-se à sua responsabilização no que se refere à possibilidade de

ter evitado o desencadeamento psicótico a partir de um conhecimento adquirido nos dias atuais como por exemplo, a insônia comentada pelo filho e aparentemente desconsiderada por ela. Nesse sentido, denota-se uma culpa pelo não saber de outrora, a partir de uma ausência de percepção, de um saber sobre o filho: *“pra ele adoecer foi vapt vupt, se ele sentia alguma coisa, eu não percebia né”*.

Esse não saber ultrapassa toda a possibilidade de compreensão e permeia a sua experiência, o que pôde ser verificado em diversos relatos. Esses resquícios de uma onipotência materna ao acreditar que poderia ter evitado a crise psicótica denotam o sentimento e a sensação de onipotência caracterizados por Roudinesco (2003) como apenas um equivalente do narcisismo infantil.

Outra situação que permanece no discurso materno diz respeito às desconfianças sobre os momentos de desestabilização psicótica em que parece acreditar que o filho possivelmente engana e/ou finge, posto que os comportamentos considerados “estranhos” ocorriam somente na presença de outras pessoas e em locais públicos. Ele, então, aparece desacreditado em sua condição psicótica, o que pode denotar uma ausência de compreensão do diagnóstico e, mais especificamente, no contexto deste estudo parece tratar-se de um além que incide sobre o relacionamento mãe e filho. Os sentimentos de raiva e rancor relacionados a Carlos parecem ter sido direcionados para Henrique, pois Fátima pontuou veemente o seu incômodo na proximidade com o filho, o qual tido como demasiadamente responsável após o falecimento do pai se tornou o “herdeiro do patriarca”, conforme preconiza Roudinesco (2003), o que possivelmente remete ao estabelecimento da relação com o pai em que coexiste a submissão e a admiração como modelo inconfundível, fielmente a ser copiado. (Freud, 2010/1911).

Esse direcionamento dos sentimentos pode ser discutido a partir da similaridade do relato de Fátima sobre o seu relacionamento com Carlos *“não era isso que eu queria pra minha vida”*, assim como sobre a condição psicótica do filho: *“não quero viver isso pelo resto da minha vida”*. Ao mencionar o vínculo de cuidados e responsabilidade até a morte com Henrique, Fátima reafirma a semelhança da relação entre mãe e filho, outrora esposa e marido.

A identificação materna com o filho, referida no TAT pelo sofrimento de mãe e filho na Pr 3RH, ressurgiu no relato sobre o momento inicial das crises: *“quando ele começa a ficar nervoso, que ele começa aquela falação, primeiro sintoma meu é de nervoso, eu fico muito nervosa”*. As ambivalências em relação ao futuro se mostraram ora por momentos de esperança

na capacidade de o filho ter uma vida “normal”, ora pela afirmação de Fátima ao ressaltar a necessidade do vínculo entre mãe e filho *até a morte*, devido à responsabilidade dos seus cuidados.

Fátima demonstrava dificuldades em falar com o filho sobre a morte de Carlos, embora recorrentemente ele se mostrasse interessado no assunto. Contudo, parece ser uma impossibilidade para Fátima suportar essa fala do filho, adotando a estratégia de evitar o contato com os afetos.

Com dificuldades em expressar os seus sentimentos, em nomeá-los, Fátima mostrava-se de prontidão para responder aos questionamentos. A necessidade de reiteração pela entrevistadora ocorreu no momento em que foi solicitado que relatasse sobre o seu relacionamento com Henrique, ao que Fátima respondeu de modo breve: “*Tá bem*”. Essa assertiva pode ser verificada na utilização de divagações antes de falar de si com o uso expressivo do vocábulo “a gente”, especialmente para referir-se a si e aos irmãos na infância, mesmo as indagações sendo direcionadas especificamente a ela. Esse modo de defesa de falar de si, dos próprios sentimentos apareceu em outros momentos durante as entrevistas.

Ser sucinta em seus discursos parece ser uma característica de Fátima, conforme evidenciado também em outra investigação (S.A. Silva, 2014). Essa característica relaciona-se com a possibilidade de não haver espaço na vida de Fátima para as palavras associadas ao sofrimento declarado, o qual permanece nos não-ditos e silêncios.

Na entrevista devolutiva, Fátima declarou ter gostado de falar, de conversar, de expor o que guarda para si. Relatou que, inclusive nos dois primeiros encontros, saiu do CAPS, com uma *melhora* na sua autoestima pois “*parecia que eu tinha tirado um peso de mim*”, com uma sensação de alívio após falar, especialmente sobre Carlos.

Força, coragem e aprendizagem apareceram como termos significativos de sua experiência de no CAPS.

5.2 Laura e Davi: A busca pelo olhar

O contato com o caso Laura e Davi remonta à indicação dos profissionais da equipe do CAPS MM a partir dos critérios explicitados pela pesquisadora. Em consultas aos prontuários, pode-se reconstruir o contexto da chegada deles ao CAPS MM. A seguir, serão expostos os

dados referentes às consultas aos prontuários de Laura e Davi, em que constam as informações dos acompanhamentos direcionados à mãe e ao filho até o período de março de 2017. Cabe ressaltar que esses dados dizem respeito ao registro dos profissionais da equipe coletados pela própria pesquisadora.

5.2.1 *Antecedentes clínicos*

No ano de 2002, Davi compareceu ao CAPS aos 14 anos de idade. Sua ida ao serviço ocorreu a partir das tentativas de suicídio ocorridas na época, as crises de choro, bem como o comportamento descrito como *provocativo, inquieto e desobediente*. As mudanças no comportamento de Davi foram pontuadas por sua mãe Laura a partir dos 5 (cinco) anos de idade, momento do falecimento do pai, marido de Laura.

Os momentos de estabilidade de Davi foram descritos por Laura a partir da caracterização de um *comportamento tranquilo*, evidenciado pelos progressos na sociabilidade e pela presença de discurso coerente. Enquanto a desestabilização psicótica caracterizava-se pela presença de estereotípias, olhar vago e fixo no horizonte, presença de alucinações auditivas, delírio de grandeza, risos imotivados, taquicardia, insônia, oscilações no humor e no pensamento.

O comportamento agressivo em relação a familiares e a terceiros, com o registro de gritos sem cessar, agitação psicomotora, irritabilidade, impaciência e a destruição de objetos domésticos convivia com os sentimentos de tristeza, desânimo e sensação de morte iminente referidos por Davi em seus atendimentos.

Em diversos momentos de desestabilização, a internação psiquiátrica mostrava-se como uma alternativa. Em uma dessas situações de internação, a equipe do CAPS ao visitar Davi no hospital o encontrou em posição fetal, recusando a medicação, a higiene, a recreação e, inclusive, a alimentação. O que caracterizou um quadro de angústia para familiares e profissionais, especialmente para Laura.

O relacionamento entre mãe e filho foi descrito por Laura a partir das queixas em relação à agressividade física e verbal de Davi. A resistência à medicação e ao tratamento, o abandono dos estudos e a suspeita do uso de drogas culminaram na alternância de moradia do filho que entre os seus 14 e 16 anos, ora permanecia com a tia e com a avó paternas, ora retornava para

a casa da mãe. Posteriormente, o início de tabagismo e a situação de andarilho com o desaparecimento por 3 (três) dias¹⁷ foram referidas como situações emblemáticas para a família.

Durante todo o período de acompanhamento no CAPS, Davi recebeu inúmeras hipóteses diagnósticas, tais como: depressão na adolescência, autismo, transtornos psicóticos agudos, transitórios e esquizoafetivos. O último diagnóstico psiquiátrico foi emitido em 2009 com a indicação do CID F20.0 (Esquizofrenia Paranoide) crônico. Questões como os quadros clínico e psiquiátrico, somados às particularidades do relacionamento entre mãe e filho apareceram de modo mais recorrentes nos 15 (quinze) anos de acompanhamento de Davi no CAPS.

Quanto aos antecedentes clínicos constantes no prontuário de Laura, o seu acompanhamento no CAPS teve início no ano de 2008, momento em que ela estava com 38 (trinta e oito) anos de idade e 6 (seis) anos após o início do acompanhamento de Davi na mesma instituição.

Nos primeiros atendimentos destinados à Laura pelos profissionais da equipe, constavam referências às variações no seu humor, as dificuldades para dormir, os sentimentos de angústia e tristeza, assim como as situações de isolamento. Naquele momento, havia a preocupação com Davi que se encontrava internado em decorrência da gravidade do seu quadro. Laura, então, referia a *“morte como alívio, para ter paz”*, posto que *“se sentia muito fraca e com cansaço de uma vida de 100 (cem) anos”*.

Durante o acompanhamento no período de 2008 a 2016, os registros apontaram para os relatos de Laura acerca das queixas somáticas e emocionais, das referências ao ex-marido e pai de Davi, da relação entre mãe e filho, bem como as repercussões para a sua vida evidenciadas em suas dificuldades em permanecer no trabalho e no abandono definitivo do curso universitário.

Laura referia o anseio em sumir definitivamente e em não acordar mais ao ir dormir. Possuía pensamentos referentes a suicídio, como: cortar os pulsos, enforcar-se e atear fogo em si própria. Dizia que esses pensamentos estavam relacionados a vozes de comando que diziam a ela que *deveria morrer*, que fizesse coisas *ruins* consigo mesma. Antes de dormir, escondia as facas de si mesma e referia que o seu tempo na terra estava chegando ao fim. O sentimento

¹⁷ Família anunciou na televisão e rádio locais.

de raiva com conseqüente mau humor e irritabilidade constantes era afirmado pela vontade de quebrar tudo o que existia em sua casa.

No tocante aos quadros clínico e psiquiátrico de Laura, predominavam as alterações no sono com a constância de pesadelos, insônia e o uso excessivo de medicação para dormir. As crises recorrentes eram acompanhadas por sudorese, taquicardia e labilidade emocional, bem como a presença dos sentimentos de solidão, angustia, aflição, medo e tristeza. Também constavam os registros das queixas somáticas como cefaleia, enxaqueca, vômito, dor muscular, dor no peito e sonolência diurna.

Laura referia sentir-se inútil e uma *carga na vida dos outros*. Dizia que a sua mente estava “embaralhada pelos pensamentos misturados”. Diante disso, adotou a estratégia de retirar todos os objetos coloridos do quarto, permanecendo no quarto escuro em situação de isolamento.

Em momentos de crises descritos no prontuário, Laura utilizou o fio do carregador de celular para tentar focar-se e, em outra situação, ingeriu uma grande quantidade de inúmeros medicamentos, sendo impedida pelos familiares.

Os momentos de estabilização de Laura foram descritos a partir da melhora no sono, de estar mais calma e comunicativa, do humor menos deprimido e, conseqüente pela ausência da vontade de morrer. Em meados do fim de 2010, Laura havia iniciado o acompanhamento psicológico, retomou os seus planos futuros com o retorno aos estudos universitários.

Quanto ao ex-marido já falecido e pai de Davi, Laura referia vê-lo constantemente e falava bastante sobre ele durante os atendimentos. Em um dos encontros no grupo terapêutico ocorrido no CAPS, ela expôs a experiência do dia em que ele foi para o hospital e os poucos dias subsequentes até o falecimento.

Nos registros do prontuário, predominavam os conflitos e os pensamentos repetitivos em relação ao filho Davi. Posto que as situações de desestabilização do filho, especialmente nos momentos de internação, acarretavam em repercussões para Laura: “*quando ele fica ruim, eu fico também*”.

Em uma situação descrita em 2011, Davi ateou fogo no quarto e Laura entrou em estado de choque, o que a impediu de reagir, sendo socorrida pelos vizinhos. Após este episódio, outras situações sucederam-se como: o afastamento da família paterna, a ida da sua filha para o exterior, o falecimento da sogra no ano de 2013, à qual contribuía com os cuidados com Davi.

Diante da sobrecarga com os cuidados e os inúmeros atestados de afastamento do trabalho, a responsabilidade e os cuidados pelo filho Davi foram entregues à cunhada após relatório médico. Contudo, a partir de 2015, o quadro de estabilização de Davi acarreta em progressos nos quadros clínico e psiquiátrico de Laura, o que propiciou que mãe e filho voltassem a residir conjuntamente.

O último atendimento de Laura realizado no final de 2016 apontou o registro de um ataque de pânico desencadeado por uma situação no trabalho.

Atualmente, mãe e filho continuam a ser acompanhados pelas equipes do CAPS, Davi aos 28 anos está aposentado pelo INSS e a Laura, aos 47 anos, declara-se solteira, evangélica e exerce o cargo de funcionária pública.

5.2.2 *Os encontros com Laura*

No contexto acima referido, iniciam-se os relatos da experiência materna referentes aos três encontros realizados:

Quadro 7 – Encontros com Laura

Encontros	Data	Duração	Descrição
1º	20/02/2017	55:52	Entrevista
2º	03/03/2017	1:04:09	Entrevista
3º	14/03/2017	1:03:50	Aplicação TAT e Entrevista Devolutiva

Fonte: Própria autora.

5.2.2.1 *Recortes da história de vida de Laura*

Laura inicialmente caracterizou-se como “*uma criança muito doentinha, bem magrinha e que não comia direito*”. Contou ser a quinta filha de um total de 10 (dez) irmãos e, por isso, a sua mãe não podia dar-lhe muita atenção. Por sua vez, recorda-se do pai como uma pessoa significativa na sua infância, pois sempre esteve próximo e era quem lhe dava atenção.

O início da juventude foi relatado por Laura a partir da separação dos seus pais ocorrida quando ela tinha 12 (doze) anos de idade. Relatou a situação em que a mãe *saiu* de casa com

todos os outros irmãos e, ao chegar em casa, Laura deparou-se com a presença somente do pai. Segundo o seu relato, ela foi a única filha a ser *deixada para trás*. Após 1 ano de convivência entre pai e filha, o pai de Laura resolveu retornar para o garimpo e pediu que ela procurasse a mãe, a qual já estava casada com outro homem muito mais novo. O novo marido da mãe recusou a presença de Laura na casa, o que ela atribui a recusa da investida sexual do padrasto. Diante dessas situações, Laura pontuou: “*e eu fiquei só*”.

Concomitante a esses acontecimentos, aos 13 (treze) anos, Laura conheceu o pai de Davi - Fernando. Ela se descreveu como alguém que, naquele momento, era inexperiente no tocante às relações amorosas, pois “*achava até que beijo engravidava*”. Fernando, então com 29 anos na época, era mais experiente e já tinha filhos de outro relacionamento. Logo após se conhecerem, foram morar juntos.

Quanto ao casamento, Laura referiu não lembrar de si e de Fernando como casal. Descreveu o ex-marido como “*uma pessoa boa, que lhe dava atenção, carinho e cuidado*”, que se preocupava com ela e um pai “*muito apegado aos filhos*”. Contudo, não se recordava de Fernando “*como homem*”.

O falecimento de Fernando foi relatado a partir de uma situação inesperada e súbita. Laura tinha 23 anos de idade e referiu que “*ficou muito mal, eu surtei*”, pois segundo o relato da sua sogra, ela tentou suicídio logo após o enterro. Laura refere não se lembrar desses acontecimentos, uma vez que tudo relacionado a esse período apagou-se de sua memória. Recorda-se que emagreceu 11 quilos, recusava-se a comer e desabafou sobre esse momento de sua vida: “*aí eu fiquei só*”.

Laura permaneceu morando na casa da sogra com os seus dois filhos até os seus 25 anos de idade. Relembrou de modo carinhoso a convivência com ela, a qual foi caracterizada por ela como “*uma mãe*”. Posteriormente, Laura sentiu a necessidade de residir em outro lugar com os filhos, pois “*não havia mais espaço*” após o retorno das suas cunhadas que anteriormente estudavam em outro estado. Então, passou a morar de aluguel próximo à casa da sua mãe, momento em que surgiram as dificuldades de convivência familiar, especialmente pela situação do filho Davi.

Três anos após o falecimento do marido Fernando, Laura iniciou um novo relacionamento com Luiz. Os dois viveram juntos por, aproximadamente, 20 (vinte) anos. Laura caracterizou Luiz como uma “*pessoa boa, legal, tranquila e paciente por ter aguentado suas*

neuroses”. Contudo, o que a incomodava era o fato de ele “*gostar de beber, fumar e sair*”. A separação dos dois ocorreu há 2 (dois anos). Laura sente-se incomodada com a opinião das pessoas a respeito do seu relacionamento com Luiz, pois acredita que deve deixar claro a situação entre os dois: “*é pras pessoas verem realmente que tu tá lá e eu tô aqui porque eles ficam comentando: ‘olha eu vi teu marido em tal lugar’*”.

Relatou que inicialmente a separação foi *difícil* porque gosta de Luiz e foi se convencendo de que ele não era pessoa para ela, para toda a vida, já que o tempo dele com ela era “*muito pouco*”. Mesmo após o término, afirmou que continuava a se incomodar e a se preocupar com ele “*hoje em dia graças a deus, ele não me incomoda mais*”.

Luiz continua frequentando a casa de Laura, é bastante presente em sua vida e de sua família, especialmente por administrar diariamente a medicação de Davi. Entretanto, ela o caracterizou como um *amigo* e diz reiterar para Luiz que ele se relacione amorosamente com alguém que cuide da casa e dele “*porque (ele) não consegue ficar só*”.

Quanto a um novo relacionamento para si, Laura afirmou o receio de ter outra rotina com alguém, pois “*a rotina sozinha é muito melhor (risos)*”, já que não precisa esperar ou preocupar-se com ninguém. E pontuou: “*até porque eu não faço nem questão de ter um homem dentro de casa (risos)*”.

No que se refere às questões da maternidade, nos momentos iniciais do primeiro encontro, Laura pontuou de modo veemente: “*na realidade eu não queria ser mãe, eu não queria nem casar, eu queria ser freira*”. O desejo de *ser freira* foi associado à convivência com o pai, descrito como uma pessoa muito católica e ela sempre o acompanhava à igreja.

Laura engravidou pela primeira vez aos 14 anos de idade, contudo perdeu o bebê e não contou sobre o ocorrido em detalhes. A gestação de Davi ocorreu 4 anos depois, aos seus 18 anos e, logo após o nascimento de Davi, engravidou novamente da sua filha – Camila. Na época, referiu que fazia uso de anticoncepcional e de todos os cuidados para evitar uma nova gestação. Então, a notícia dessa segunda gravidez a desestabilizou “*quase eu piro*”.

No relato de Laura, as relações familiares apareceram permeadas pelos conflitos entre os irmãos decorrentes dos cuidados iniciais destinados à Camila por ser a filha mais nova e, depois, os cuidados voltaram-se prioritariamente a Davi devido à sua condição psicótica. Quando Camila nasceu, Laura referiu que Davi sentiu muitos ciúmes enquanto reiterava que

ele deveria cuidar da irmã, pois Camila era “*o bebê da casa*”. E Laura pontuou que Davi “*acabou vendo a Camila como o nosso neném né*”.

Entretanto, com as dificuldades de comportamento de Davi apresentadas na infância, especialmente após o falecimento do pai, Laura passou a reiterar para Camila que o irmão era *especial* e que ela deveria cuidar dele também. Por sua vez, Camila “cobrava” o afeto materno, e sentia “ciúmes” pelos cuidados dispensados ao irmão. Essa situação caracterizou fonte de conflitos entre mãe e filha, sendo que Laura preocupava-se com a Camila pelo “*medo de ela adoecer também*”.

Outra questão mencionada por Laura refere-se à sua opção pela formação de magistério como uma maneira de poder “*alfabetizar meus filhos, que eu queria acompanhar eles de perto, sempre de perto*”. Em outro momento da entrevista, relatou que, “*fez três ensinamentos médio, eu fiz o meu, fiz o dele, fiz o da Camila*” para que os filhos pudessem finalizar os estudos. Conversava com o diretor, com os alunos, todos da escola para que pudesse permanecer em sala de aula com os filhos.

Em diversos momentos das entrevistas, Laura se referia à Camila como uma criança e utilizava diminutivos para descrevê-la. No discurso materno, a filha parece reivindicar constantemente o reconhecimento de que é uma mulher adulta, casada e mãe, diferentemente da situação vivenciada com Davi.

5.2.2.2 Laura e a psicose de Davi

Laura contou ter interrompido o remédio contraceptivo “*por livre espontânea pressão da família*”, especialmente a família de Fernando. Ao saber que estava grávida, então aos 18 anos de idade, sentiu *medo* e ficou *assustada*. Caracterizou esse período como uma gestação “*não sadia*”, posto que emagreceu excessivamente ao não se alimentar em decorrência dos enjoos e vômitos recorrentes. Todos os remédios e vitaminas eram injetáveis, além de apresentar problemas de pressão alta.

Davi nasceu aos 9 meses e 10 dias e Laura gostaria que o parto fosse normal, contudo não havia possibilidade diante de suas condições de saúde. Após a operação cirúrgica em que “*tiraram ele*” (referindo-se ao filho Davi), ocorreram complicações associadas ao quadro de

eclampsia.¹⁸ Naquele momento, Laura afirmou ter pensado que iria morrer, diante dos olhares assustados de sua mãe e de sua sogra no quarto do hospital: “*eu disse: ‘ah, agora eu morro’, mas não foi dessa vez porque abriu a cirurgia, o corpo se jogou*”.

Laura descreveu o filho como um bebê “*normal*”, que mamou até os 6 (seis) meses de vida e que teve sua amamentação interrompida pela nova gestação de Laura. Contudo, caracterizou-o como um “*bebê muito mimadinho, muito fechadinho, muito frágil, o qual tinha que ter muito tempo com ele*”. Um bebê que chorava muito, sentia muita cólica, vivia doente, pois a cada dois meses estava internado, a despeito de todos os cuidados maternos oferecidos a ele.

Davi foi uma criança que demorou a andar e, quando andou, o fazia “*bem devagarinho*”, praticamente “*se rastejava*”. Ele também demorou a falar e a comer: “*ele não queria mastigar*”. Até os 3 anos de idade, toda a comida dele era cozida, batida no liquidificador e colocada na mamadeira. Davi colocava a comida sólida na boca, porém não mastigava, até ser jogada fora. Somente após os 7 anos, começou a mastigar e a mamadeira permaneceu até os seus 10 anos de idade.

Laura, por sua vez, disse ter percebido que o filho era “*especial*” já aos 2 anos de idade, antes mesmo do falecimento de Fernando. Ela observava algo de *diferente* em Davi, todavia não comentava com ninguém sobre as suas impressões. Laura pontuou o perfeccionismo de Davi em brincadeiras consideradas simples: “*não era detalhe pra na idade dele fazer isso*” bem como a dificuldade de separação: “*ele não permanecia com ninguém, era todo o tempo, eu, eu, eu, como até hoje*”.

Atribuiu essas observações pela sua formação de magistério e pela sua experiência ao ajudar na criação dos sobrinhos. Contou uma experiência sobre uma visita de psicólogas na escola onde ela fazia sua formação, e pediu que avaliassem Davi. O filho foi avaliado com o QI (Quociente Intelectual) acima do normal e, por isso, a mãe o considerava uma criança inteligente.

Davi, então, foi descrito como um filho “*mais organizado, mais quietinho*” e que, às vezes, se *comportava mal*. Por ser uma *pessoa muito doce*, a família relevava e não disciplinava os comportamentos tidos como indisciplinados.

¹⁸ Condição associada ao aparecimento de convulsões por complicações da gravidez. (Fonte: Wikipédia).

Aos 3 anos, Davi entrou na creche da escola onde a mãe trabalhava e, por isso, não “*sentiu muito*” a entrada para a escola. Após perceber que não havia avanços no desenvolvimento escolar do filho em relação às outras crianças, Laura optou em mudá-lo para outra escola: “*ele tem que ficar longe de mim pra ele começar a desenvolver*”. Então, Davi começou a apresentar dificuldades na inserção escolar, chorando muito na escola, onde permanecia debaixo da mesa em sala de aula e não queria fazer nada. Por sua vez, Laura permanecia fora da sala de aula, escondida sem o filho saber com o receio de que o maltratassem pelo seu comportamento: “*aí eu escondida olhava o desenvolvimento dele, sempre acompanhei, de longe né, mas ficava de olho*”.

Davi não interagiu com os outros familiares e nem com as crianças da casa: “ele não brincava com as crianças, ele ficava lá no canto, *aí quando ele não me via, ele começava a chorar*”. Aos 10 anos, preocupava-se demasiadamente com a falta de água potável daqui a 50 anos e a destruição da camada de ozônio. A mãe o afastava desses assuntos, desligava a televisão, mudava de canal e o escondia, pois não queria que as pessoas o vissem “*falando sozinho, não dizendo coisa com coisa*”. Segundo ela, até os 12 anos, ele era autônomo em sua higiene pessoal, tomava banho sozinho, se penteava, passava perfume, se arrumava, era um menino “*educado, organizado, igual um mauricinho, igual um bonequinho*”.

As discrepâncias entre ela e os seus familiares, especialmente com a avó materna e as tias, se referiam ao modo como ela cuidava do filho ao afirmar que ele era *especial*. Todos acreditavam que o comportamento de Davi se devia à proteção excessiva por parte de Laura. Por sua vez, ela tentava *convencê-los* recorrentemente de que não era mimo, de que o filho realmente era *especial*, que ele tinha “*um probleminha*”.

Em um momento da entrevista, Laura utilizou uma metáfora para descrever-se como mãe: “*igual uma galinha que fica com cuidado com os pintinhos (risos), eu sempre fui assim*”. A metáfora da galinha com os pintinhos emergiu, em seu relato, como uma postura frente aos filhos, embora tivesse reiterado anteriormente de que não gostaria de engravidar.

Laura lembrou o desencadeamento psicótico do filho ocorrido aos 12 (doze) anos de idade. Davi estava na escola e Laura recebeu uma ligação da diretora, a qual informou que “as crises dele haviam piorado”. Naquele momento, a mãe não pensou que poderia ser *grave*, mas ao chegar na escola do filho, descreveu o seu impacto ao vê-lo: “*quando eu vi o Davi, não era mais o mesmo menino, o olhar dele mudou, aquele olhar perdido, aquele não era o olhar do*

meu Davi, o Davi tinha um olhar meigo, doce, aquele era um olhar escuro, perdido e sem olhar pra lugar nenhum assim, muito estranho, ele mudou muito”.

O primeiro ímpeto de Laura foi levar o filho a *um médico de remédios naturais* e posteriormente, conseguiu uma consulta com o médico psiquiatra pelo SUS. Mesmo após o início do acompanhamento, Laura referiu que Davi se mostrava bastante agressivo, sendo que a mãe foi agredida fisicamente inúmeras vezes. Somado a isto, as três tentativas de suicídio durante a adolescência e impedidas pela intervenção materna aconteceram nesse período inicial do acompanhamento de Davi.

A condição psicótica de Davi alterou profundamente a rotina de Laura, a qual mudou os seus horários no trabalho e manteve-se restrita aos cuidados com o filho. Começou a ter dificuldades para dormir e comer. Progressivamente, foi se isolando dos colegas, não saía mais para se divertir, pois, Davi não permanecia com ninguém *“tinha que ser eu mesma”*. Assim, Laura relatou que a sua vida foi se tornando *cada vez mais difícil*, pois passou *“a viver em função de Davi”*. Adotou a atitude de escondê-lo *“porque eu pensava assim quando ele melhorar, ele vai se sentir envergonhado com o que tava acontecendo”*. Conforme Davi se tornava adulto, ele evitava que a mãe o escondesse e, a partir dessas situações, Laura se desesperava.

Segundo Laura, a avó materna de Davi atribuía o *“problema”* do neto a *“demônios”*, o que acarretou em ressentimento e raiva de Laura em relação à sua família, pois a ausência de apoio de sua mãe e sogra por meio de explicações religiosas sobre o que se passava com Davi a desconsiderava em seu saber materno. Todavia, Laura reiterava perante à família: *“ele tem problema mental, nasceu com esse problema, é um defeito, nasceu com esse defeito, vai ficar com esse defeito, não tem demônio nenhum aí não”*.

Após os seus 25 anos de idade, Davi começa a apresentar melhoras em seus quadros clínico e psiquiátricos, o que Laura atribuiu a introdução de um novo medicamento e às suas orações. Atualmente, a convivência entre mãe e filho foi descrita como *“quase normal, quase que natural”*. A rotina de Davi restringe-se a *“fumar e ouvir música”*, músicas evangélicas que a mãe grava para que ele possa escutar. Mãe e filho passeiam pela cidade uma vez por semana, pois ele apenas entra no ônibus na presença da mãe.

Enquanto Davi está cantando as músicas, Laura questiona e imagina o que se passa na cabeça do filho. Contudo, quando ele começa a sorrir sozinho, Laura começa a preocupar-se com a possibilidade de ele *“piorar”*.

A autonomia de Davi baseia-se em ir à casa da tia e ir à casa do avô, os quais respectivamente moram em frente e nos fundos da casa de Laura, para buscar ou levar algo a pedido dos familiares. Ao referir-se à convivência de Davi com este avô materno, Laura caracterizou o pai como uma pessoa que sempre a apoiou nos cuidados ao tratar o neto: *Davi é “o bebê grande do papai”*. No tocante à convivência com a avó materna, Laura e Davi a visitam com frequência e ele é tratado como uma “criancinha”. A avó utiliza expressões, como: *“é o Davizinho, meu filhinho”*. Laura lembrou o quanto a sua mãe a *machucou* emocionalmente pela situação outrora do filho, porém hoje ela compreende que *Davi é especial*.

Davi possui um quarto próprio, separado da casa, com uma “porta de aço por fora” em decorrência do medo de Laura de que o filho fuja. Antes de ela dormir, tranca a porta com cadeado e, ao acordar às 5 horas da manhã, a destranca.

Ao descrever os cuidados diários, Laura afirmou gostar de cuidar do filho em decorrência do *“jeitinho dele, ele parece uma criança”*. E o que a incomoda é a dependência da higiene pessoal, como por exemplo, a impossibilidade de ele tomar banho sozinho. Laura dá banho, penteia o cabelo, faz a barba, coloca a fralda à noite, o veste e o coloca para dormir. Até há pouco tempo, ela mesma cortava o cabelo dele. Durante o banho, orienta sobre como ele deve se lavar, como passar sabonete, jogar água etc. Nesse sentido, o seu cotidiano atual é marcado pelos cuidados da casa, dos filhos e dos netos, especialmente de Davi.

A perspectiva atual sobre o filho pode ser evidenciada no seguinte relato: *“pra mim o Davi tem 28 anos, quase 29, mas continua sendo aquele menino de 10, 11 anos, ele só tá grande, mas a cabecinha dele tá lá de pequeninho”*. Davi foi caracterizado por Laura como alguém muito *indefeso*, que *“não tem noção das coisas que acontece”*, que gostaria e seria capaz de cursar uma faculdade, uma vez que *“é muito inteligente, muito mesmo”*.

Laura referiu que Davi nunca mencionou namoradas e afirmou: *“eu morro de medo, eu tenho um medo, um medo danado de ele se envolver com alguém e engravidar”*. Nesse momento, questionou diretamente à pesquisadora: *“Porque o filho não pode nascer doente?”*

No tocante ao relacionamento entre mãe e filho, Laura reiterou: *“então, acho que por isso que eu não me desgrudo dele, mamãe fala: ‘não corta o cordão umbilical’ (risos).”* E

quando Laura está em casa: “*ele é o tempo todo atrás de mim (risos), é a minha sombra, o papai diz*”. Quando Laura está no trabalho, Davi questiona inúmeras vezes ao dia: “*vô, cadê a mamãe?* ”

Por fim, Laura acredita que o filho permanecerá estável, pois *hoje ele “já tem uma noção já, que ele não tinha” “hoje eu já tenho meu filhinho de volta”*. Afirmou que pode “*morrer tranquila*”, posto que alguém assumirá os cuidados de Davi. Quando questionada pela pesquisadora sobre o futuro: “*pra futuro, eu não gosto nem de pensar, eu tenho medo assim de ele melhorar um pouco mais, gostar de mulher e ir embora*”.

Laura preocupa-se e possui o receio da possibilidade de perder o filho para uma mulher, uma vez que faz planos de passear e viajar com o filho e com o pai. Tais planos baseiam-se na assertiva materna de sentir-se “*mais confiante que ele (o filho) não vai fugir de mim (risos)* ”.

5.2.2.3 Laura e a sua relação com o CAPS

Laura inicialmente teceu críticas à época em que o atendimento era oferecido em outra modalidade de serviço ambulatorial, o que propiciava situações de discriminação para Davi: “*eu não gosto que ninguém aponte pro meu filho*”. Contudo, após a inauguração do CAPS, acredita não haver discriminação, pois “*todo mundo tem o mesmo problema*”.

Nesse sentido, a mãe referiu elogios e gratidão ao atendimento e à equipe CAPS, pois ela e o filho sempre foram bem atendidos. E, por fim, pontuou que o CAPS possui inúmeras atividades oferecidas aos usuários, tais como: aulas de violão, de música, de pintura, de teatro etc., o que caracterizou como extremamente positivo.

5.2.2.4 Análise e Interpretação do TAT

Neste item, inicialmente serão apresentados os relatos de cada história referente às pranchas a partir da verbalização de Laura, com enfoque para as produções da sua imaginação. Ademais, os inquéritos serão descritos com o intuito de fornecer subsídios para a análise e interpretação.

Data de aplicação: 14/03/2017

Quadro 8 - Descrições das Pranchas 1, 2, 3RH, 16 e 19 (Laura)

Prancha 1 – O menino e o violino	
Tempo de latência inicial: 2 segundos Tempo global ou total: 30 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui mostra, mais ou menos assim, uma criança que tem vontade de aprender a tocar, ela fica pensando, como ela faria isso né, pra quem que ela pediria ajuda pra aprender a tocar, só que eu não lembro o nome disso, violino né? Desse violino, porque é bonito e o som que sai também é muito bonito, que sai do violino né, é isso aí”. (risos)</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“Um título? Não sei.”</i>
Como você acha que ela está se sentindo?	<i>“Ele tá pensativo, meio triste né, triste porque ele quer aprender a tocar, mas não sabe pra quem pedir pra ensinar ele a tocar”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Eu acho que alguém vai aparecer e vai ensinar ele a tocar, porque ele tá com muita vontade de aprender, quando a gente tem muita vontade de aprender algo, a gente dá um jeito, procura alguém né, que sempre aparece alguém pra ensinar”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“Não”.</i>

Prancha 2 – A estudante no campo	
Tempo de latência inicial: Imediato Tempo global ou total: 46 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui, eu vejo uma jovem do campo que tem vontade de aprender a estudar, e ser professora igual eu, tinha vontade de ser professora né e formei magistério né, só que eu não tô trabalhando na área, mas eu acho que um dia quem sabe eu posso voltar a dar aula de novo. Aqui mostra uma menina inconformada com a vida dela, ela quer sair do campo pra cidade e trabalhar como professora né e tirar os pais dessa vida dessa luta de quem trabalha no campo que é muito grande”.</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“O título aqui? É independência financeira, de uma menina do campo”.</i>
Como você acha que ela (a personagem mais da frente) está se sentindo?	<i>“Aqui no momento, ela tá se sentindo triste, ela tá se sentindo triste aqui com essa vida que ela leva”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Eu acho que ela vai conseguir, vai formar e vai trabalhar na cidade, mas eu acho que pelo jeito aqui a família gosta de fazer o trabalho que faz, porque a mãe dela tá tão tranquila, o pai dela tá tão bem, só ela que tá triste”.</i>

Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“A mãe dela parece despreocupada com a vida né” (risos). “Não tá muito preocupada com nada não, enquanto ela tá triste, o pai dela um braçal né, uma pessoa que trabalha com força”.</i>
--------------------------------------	---

Prancha 3 RH– Curvado/a sobre o divã	
Tempo de latência inicial: 3 segundos Tempo global ou total: 39 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui tá parecendo uma pessoa triste, triste, desolada assim, sem perspectiva de nada como se fosse alguém que usasse algum tipo de droga, ela tá aqui arrasada né. Eu acredito que sim pelo uso de drogas, não consegue sair dessa vida sem ajuda”</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“O que pode levar um adolescente com o uso de drogas, tem mais alguma coisa aqui no chão, tipo como se fosse uma arma, algo assim, uma arma”.</i>
S: é uma arma? E o que essa arma tá fazendo aí?	<i>“Significa que ela deve tá muito mal, tá pensando em se matar”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Não sei olha, ela pode sair dessa vida como não né”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“Tem aqui, que ela tá com a cabeça baixa assim no sofá né, sentada no chão, aliás sentada não, praticamente jogada assim no chão, toda torta e é uma mulher né, é uma mulher, tá com o cabelo meio assim jogado”.</i>

Prancha 16 – Em branco	
Tempo de latência inicial: 4 segundos Tempo global ou total: 3 minutos e 43 segundos	
Descrição:	<i>“Uma estória aqui? Eu sempre fui muito boa, mas de desenho” (risos). “De desenhar, eu adorava desenhar, eu nem porque eu parei de desenhar, eu tinha uma imaginação assim, mamãe que dizia, uma imaginação muito fértil, de uma coisa eu já imaginava várias outras coisas, porque assim quando eu era criança, eu adorava ficar assim deitada de frente pras nuvens, ficar olhando as imagens que vão se formando, as coisas que vão se formando, derretendo, aí vão se formando outra coisa né, assim é a vida da gente né, eu era, eu cheguei até escrever 3 livros infantis, meu professor de magistério, ele pediu, eu dei pra ele, que eu adorava desenhar e contar estórias, estórias infantis né, então a vida da gente é assim também, como um papel em branco, a gente vai vivendo, aí as estórias vão aparecendo até chegar o ponto de a gente começar a como se eu sendo hoje como se eu começasse de novo a nascer de novo, porque hoje eu já consigo ver as coisas de uma outra forma, antes eu era assim mais explosiva né, não tinha tanta paciência, com o passar dos anos né porque quando eu era criança eu adorava brincar, desenhar, aí depois de tudo que aconteceu na minha vida, aquelas imaginações aos poucos elas foram sumindo, foram se</i>

	<i>apagando, eu costumava até imaginar meu futuro, ficava imaginando eu numa casa, nunca pensei em dirigir” (risos). “Em dirigir não, mas ser dona da minha própria vida como eu sou hoje né, mas assim inventar uma estória, hoje eu não tô muito criativa não” (risos).</i>
Sem necessidade de inquérito	

Prancha 19 – Cabana na neve	
Tempo de latência inicial: Imediato Tempo global ou total: 20 segundos	
Descrição:	<i>“Aqui? É uma casa no frio, muito vento, muito, é neve, tem chaminé, só que as nuvens são escuras”.</i>
Inquérito	
Qual o título?	<i>“É, uma casa no polo sul” (risos). “Bem gelado”.</i>
Tem alguém nessa estória, nessa casa, nesse lugar?	<i>“Olha pode até ter, lá dentro, muito bem abrigada que daqui não dá de ver não, mas deve ter alguém lá dentro, mas também nesse frio, quem que vai sair”. (risos)</i>
E o que essa pessoa estaria fazendo?	<i>“Eu acho que se fosse uma mulher, estaria cozinhando, se fosse como eu, estaria cozinhando, fazendo um doce, um bolo, preparando um pão bem quentinho”.</i>
E ela estaria sozinha?	<i>“Não, se fosse uma mulher aqui dentro, estaria com os filhos, com o marido, ele com certeza tava trabalhando porque aqui dá impressão que seja no horário da tarde, de umas 3, 4 horas da tarde, então não é hora de homem tá em casa né, quer dizer, na minha cabeça”. (risos). “E também como eu vejo, homem muito dentro de casa, não dá certo, tem que trabalhar fora”.</i>
Como vocês estão se sentindo?	<i>“Ela, lá dentro, bem abrigada, bem abrigada lá dentro né, só não aconselharia ela a sair porque esse tempo tá muito feio e essas nuvens horrorosas, muito feio, parece bicho, fantasma, é isso”.</i>
E o que pode ter acontecido?	<i>“Aqui? O tempo fechou, o marido foi trabalhar e ela tá lá dentro com os filhos, tá bem abrigada”.</i>
E o que vai acontecer depois?	<i>“Novamente, o marido chega em casa, comer, dormir, que ele faz vai dormir não cuida de nada” (risos). “E a vida continua”.</i>
Tem mais alguma coisa nessa prancha?	<i>“Não”.</i>

Fonte: Própria autora.

Quanto à análise e interpretação do TAT, observa-se que em todas as pranchas Laura elaborou histórias, exceto na prancha 16 (em branco) em que predominou o resgate de sua infância a partir de sua imagem como uma criança com grande capacidade criativa e imaginativa.

Na Pr (1), a predominância do sentimento de tristeza refere-se a um não saber e a consequente necessidade de um aprendizado, de alguém que ensine o como fazer. Há, ainda, a referência à esperança de que alguém apareça e assume essa tarefa do aprendizado. Cabe questionar a identificação de Laura com o menino *“pensativo, meio triste, que não sabe pra quem pedir pra ensinar”*, o que remete a situações em que seu saber é colocado em suspensão, como no questionamento sobre a possibilidade de Davi ser pai de um filho doente. Apesar de suas estratégias cotidianas ao lidar com o filho, um não saber insuportável de sustentar permanece em cena no psiquismo materno.

Após o inquérito na prancha 1, Laura narrou que durante muito tempo gostava de pintura, especialmente de preto e branco como constava na prancha, no entanto depois começou a utilizar as cores. Achava as cores lindas e *“depois elas começaram a me agoniar”*. Quando questionada sobre essa afirmação, contou que sentia falta de ar, agonia, ansiedade quando estava no período de depressão e não conseguia ficar perto de cores. Diante disso, utilizava cor única nos lençóis e fronhas do quarto. Apenas gostava do preto, branco e cinza, *“agora eu vejo um desenho só em preto em branco, dá vontade de colorir (risos)”*.

As identificações de si com a personagem triste e inconformada com a vida que leva remete também a uma posição de mártir em que se torna responsável por *“tirar os pais dessa vida dessa luta...”*. Essa posição de mártir relaciona-se com uma sensação de onipotência, já apontada anteriormente nos relatos de Laura acerca de suas relações familiares, especialmente com Davi. Uma identificação de si em que há solidão em seu sofrimento, posto que *“a mãe dela tá tão tranquila, o pai dela tá tão bem, só ela que tá triste”*. Nesse sentido, o abandono materno na infância e os conflitos posteriores sobre os cuidados com o filho relacionam-se com uma imagem que Laura constitui acerca de sua mãe: *“parece despreocupada com a vida ne” (risos)*. *“Não tá muito preocupada com nada não, enquanto ela tá triste. (Pr 2)*.

A perspectiva futura emerge em seu relato sobre a possibilidade de retornar a sua função como professora. (Pr 2).

Na Prancha 3 RH, o suicídio é apontado como uma saída para o sofrimento, momento que em prevalece a ausência de perspectiva. A esperança de outrora cede lugar à incerteza: *“Não sei olha, ela pode sair dessa vida como não né”*. Tal posição de não saber parece incidir sobre o psiquismo de Laura como uma experiência de vazio.

Cabe ressaltar que, após o inquérito, Laura referiu a história do sobrinho usuário de drogas, caracterizando-o como adolescente *“ele tem a idade do meu filho”*, contudo Davi tem 28 anos, o que denota a perspectiva dele na concepção materna. Contou a história do sobrinho tida como sofrida e a justificativa pelo seu envolvimento com drogas. E reiterou o discurso sobre as suas atitudes desesperadas para evitar que o filho se envolvesse com drogas como a ameaça e, ao mesmo tempo, o pedido ao traficante no bairro onde mora que não oferecessem drogas a ele.

Outro ponto suscitado reside na identificação da casa como um lugar seguro para si e para os filhos, enquanto o externo é tido como algo ameaçador: *“não aconselharia ela a sair porque esse tempo tá muito feio e essas nuvens horrorosas, muito feio, parece bicho, fantasma”*. Todos da casa estão “abrigados”, ou mesmo, presos ao situar a experiência de Davi e a porta de aço em seu quarto. No relato de Laura, o elo com os filhos se mostra mais profundo que a conjugalidade, sendo que a negação do masculino aparece de modo reiterado em diversos momentos de seus relatos da Prancha 19: *“não é hora de homem tá em casa né”*, *“homem muito dentro de casa, não dá certo”*, *“o marido chega em casa...não cuida de nada”*

Nesse sentido, o não saber associado a experiência de vazio, a solidão na tristeza e sofrimento bem como a negação do masculino recorrente nos relatos de Laura podem ser interpretados como significativos de sua experiência enquanto mulher e mãe.

5.2.3 Ressonâncias psíquicas maternas em Laura

Nesse item, serão descritas e analisadas as repercussões emocionais e psíquicas em Laura por meio de uma discussão de todo o material individual.

Inicialmente, as ressonâncias psíquicas maternas em Laura podem ser remetidas a experiência da gestação e nascimento de Davi. A gravidez, indesejada por ela e almejada por sua família, remete a uma experiência de adoecimento e rejeição do seu corpo ao feto em

desenvolvimento por meio da recusa alimentar, náuseas e vômitos constantes ao longo de todo o período gestacional.

O nascimento tardio de Davi (10 dias após o tempo adequado) pode ser analisado como uma tentativa do psiquismo de Laura de manter o filho ao seu corpo, colado a ele, impedindo assim a concretização da sua experiência como mãe ao lidar com um outro – o bebê.

Laura utilizou o termo “*tiraram ele*” para designar o momento do parto, o que aparece como uma experiência de invasão com a conseqüente irrupção do filho para a vida, a despeito do seu tempo de elaboração psíquica. A dificuldade em liberar o filho de seu próprio corpo remete a impossibilidade, na psicose, de estabelecer espaços de mediação entre o corpo materno e da criança, de modo que a criança, nesse caso, é vivida como parte do corpo materno, ou mesmo, como forma dessa reassegurar sua própria pele (Costa, Brasil & Zanello, 2015).

A cena descrita no quarto do hospital após o parto em que há uma reação do corpo biológico de Laura à saída do filho, parece se caracterizar naquele momento como uma tentativa de evitar o confronto com a maternidade. Pois os aspectos do psiquismo materno mostraram-se evidentes na situação crítica e a possível morte simbólica de uma vida que havia planejado e desejado para si – o “*ser freira de missões*”. Ao relatar essa cena, Laura forneceu o primeiro ímpeto de referência à sua morte real ao pontuar: “*não foi dessa vez*”, o que remete a uma experiência de preenchimento e esvaziamento.

Entretanto, o desejo em ser freira, desde a infância, contrasta com a função materna assumida por Laura em todos os âmbitos da sua vida, inclusive em seu ambiente de trabalho. Adotou uma postura de considerar as suas colegas como “*tudo novinha, tudo mais criança*”, em que ela é a mais velha, como se fosse “*uma irmã, até uma mãe mesmo*”.

Davi foi descrito por Laura como um bebê que pouco mamou, que *se rastejava*, que demorou a falar, a mastigar e a comer. Essas dificuldades no desenvolvimento do filho remetem a imagem de um *bonequinho*, em que não há necessidade, não há demanda, não há sujeito.

Compreende-se que as funções biológicas atuam como base para a instalação da pulsão, o que constitui uma das condições para que o ser humano possa aceder à posição de sujeito, conforme pontuou Iaconelli (2015). Assim, na ocasião da satisfação da necessidade, o desejo tem lugar (Dolto, 1989), o que indica os impasses na constituição psíquica de Davi referidos desde a tenra infância.

As identificações entre mãe e filho presentes nos relatos de Laura denotam a imagem de si e do filho como crianças frágeis em suas infâncias com repercussões em suas vidas adultas. Laura se caracterizou uma criança “*muito doente, magra que não se alimentava direito*”, posteriormente como uma pessoa muito “*frágil*”, pois “*qualquer coisinha acabava comigo eu ficava no chão*”. Essa caracterização remete a uma semelhança com a descrição que fez do filho na infância, tido como frágil, indefeso pela recorrência em estar e permanecer doente fisicamente. Essas identificações remetem à possibilidade de ser pela via dos sintomas na infância que mãe e filho manifestam o que tem a dizer, a maneira como se situam em face do desejo do outro. E os sintomas como linguagem cifradas irão desvelar-se posteriormente em suas histórias (Mannoni, 1999).

A dificuldade de separação física denota o vínculo simbiótico entre mãe e filho desde a infância e que persiste até os dias atuais. Em diversos relatos, Davi parece não suportar a ausência física de Laura e a busca incessantemente quando ela não está presente. A assertiva da avó materna acerca da não separação e do não corte do cordão umbilical corroboram que há algo vivo, da ordem do real nessa impossibilidade de separação. Segundo o relato de Laura, Davi, em algum momento, verbalizou sobre a morte do pai do Fernando: “*ainda bem que foi que ele morreu não a senhora*”.

Para analisar e interpretar a dificuldade de separação entre mãe e filho, em especial nas psicoses, cabe inicialmente destacar que não se trata de uma separação estritamente física, o que não contribui para resolver o impasse psíquico da diferenciação. E sim remete ao movimento inconsciente de simbiose e a separação em relação a ele, ou seja, trata-se do lado fusional, imaginário, em relação à mãe (Dolto, 1989).

Nesse sentido, Freud em seu texto “*Além do Princípio do Prazer*” (2010/1920), ao relatar a brincadeira do “Fort” (foi embora) “Da” (está aqui)¹⁹, a interpretou como uma grande conquista cultural da criança, uma vez que dizia respeito à renúncia instintual (renúncia à satisfação instintual) pela criança ao permitir a ausência materna sem protestar. Pelas ausências, a mãe transmitiria uma falta à criança que pode começar a se ver como faltosa, condição para se tornar sujeito. Essas ausências permitiriam a separação do bebê de uma posição de objeto colado ao corpo materno para ascender à posição de sujeito (Branco, 2014).

¹⁹ Encenação o desaparecimento e a reaparição com os objetos que estavam ao seu alcance.

Deste modo, essa impossibilidade de separação psíquica remete ao imaginário e ao simbólico, pois a mãe internalizada por Davi parece não ter sido suficiente para compor e preencher o vazio de sua presença real. O simbólico sustenta a imagem e a internalização, contudo quando esse processo falha na psicose, o que fica é a necessidade de uma imagem real, caracterizado pela presença física e onipotente da mãe. Ou seja, a necessidade da presença física de Laura e ao alcance do “*olhar*” de Davi, sem a mediação de um terceiro nessa relação dual.

Esse processo foi descrito por Dolto (1981) como experiências pré-verbais e pré-escópicas, situadas antes da fase do espelho, no momento em que a criança não conhece então a existência do seu próprio corpo. A experiência inicial de desamparo, de ausência de coordenação motora e de sensações corporais difusas do bebê passa a uma condição imaginária de integração que antecipa as suas reais capacidades motoras (Iaconelli, 2015). Logo, a necessidade de uma relação triangular se mostra imprescindível para que seja garantida a presença de uma figura-âncora que propicie a consistência imaginária ao sujeito e a sua inserção no campo simbólico (Sagesse, 2001). Assim, garante-se uma possibilidade de distanciamento de uma figura materna toda presença, toda saber.

A onipotência materna pode ser caracterizada pelo anseio de Laura em ela própria alfabetizar Davi e Camila, o que denota uma assunção dos papéis (mãe e professora) dentro e fora do âmbito familiar. Inicialmente, matriculou Davi na creche da mesma escola onde atuava como professora. Posteriormente, o matriculou em outra escola, mas permanecia “*escondida*” “*de olho*”, acompanhando o desenvolvimento escolar do filho. Esse anseio permaneceu até a vida adulta dos seus filhos ao frequentar as aulas até o ensino médio.

Somado a isto, as falas de sua mãe acerca do modo de educar Davi repercutiam em Laura na forma de uma recusa e confronto a quaisquer orientações maternas. Argumentava de modo enfático: “*mas mamãe, é porque o Davi é especial*”, como se uma profecia auto realizadora materna desde os primeiros anos do desenvolvimento do filho, um discurso predestinado a acontecer. Essa reiteração parece surgir como uma tentativa de demarcar o seu saber materno sobre o filho perante à sua mãe e demais familiares, posto que é a palavra do adulto que vai marcar a criança e determinar as modificações ulteriores da sua personalidade (Mannoni, 1999).

Nesse sentido, Laura se apresentada dotada de um saber materno onipotente: “*eu conheço meus filhos no olhar, no falar, no andar*”, e, mais especificamente sobre Davi: “*basta*

eu olhar pra ele, eu sei que ele tá com fome, sei que ele quer alguma coisa". Entretanto, quando Davi começa a apresentar sinais de desestabilização, ele aparece no discurso materno como como uma incógnita, um enigma, conforme questionamento súbito à pesquisadora: "será que ele vai piorar"? Essa ânsia em decifrá-lo parece sustentar-se numa busca de Laura por um saber todo e certo sobre o filho enigma, o que repercute em sua própria estabilidade emocional e psíquica.

O uso de diminutivos para caracterizar o filho mostrou-se frequente no discurso de Laura: "*meu filhinho*", "*tadinho*". Ressalta-se a imagem de Davi como uma criança, que necessita ser cuidado por alguém, especialmente ao relatar os cuidados diários. O que denota a imagem de uma mãe ensinando uma criança pequena a ter os primeiros cuidados com a higiene pessoal.

Esses cuidados físicos cotidianos (banho, alimentação, vestimenta, medicação) podem mostrar-se como um modo de relação fusional e uma continuidade entre mãe e filho associada à experiência de unidade corporal e psíquica. Posto que na psicose, a angústia em separar-se do filho ao mesmo tempo desejada e temida de modo ambivalente revelam traços de hostilidade e uma posição de devoção com o filho psicótico (Amparo, Brasil & Wolff, 2010; Costa, Brasil & Zanello, 2015).

Ao situar Davi como alguém que necessita ser cuidado, Laura o assemelha com Luiz, o qual também aparece em seu discurso como um homem que precisa ser cuidado por alguém, um novo relacionamento. Nesse sentido, as figuras masculinas nos relatos de Laura emergem como frágeis, desprovidas da capacidade de autocuidado. As mulheres, por sua vez, são potentes e autônomas ao descrever como si "*dona da minha própria vida como eu sou hoje né*" e ao referir-se à filha Camila que se casou e mudou-se para o exterior.

Em outro momento, Davi emergiu em seu relato como a missão de sua vida, com forte aparato do discurso religioso, como explicitado no relato acerca das fugas do filho: "*eu acho que se eu perder o Davi, eu não sei, Davi é minha vida (risos), acabou se tornando a minha vida, minha missão né, antes eu via ele assim como um peso, hoje não, hoje eu vejo ele como uma benção já*". O filho tido como uma missão remete ao que Iaconelli (2015) abordou sobre a maternidade nas sociedades modernas, à qual passou a encarnar um caráter de missão. A maternidade, antes como uma ideia rejeitada, passa a ser sua *missão*, especialmente ao deparar-se com um *filho especial*.

Ademais, Davi emerge como o objeto fálico de Laura ao se situar em um lugar de preenchedor de uma falta, uma falta que talvez não possa ser preenchida por nenhum homem, a não ser pelo filho como uma aspiração de completude (Flesler, 2012). Posto que após 15 anos do desencadeamento psicótico de Davi, parece não ter havido muitas mudanças até hoje com a estabilização. Laura continua restrita às suas atividades profissionais e de cuidado com o filho. Parece não haver espaço para outro homem ou mesmo para os conflitos amorosos em sua vida e, nessa perspectiva, a impossibilidade outrora de pensar em Fernando como homem e o relacionamento com Luiz descrito como uma *pessoa boa*, parece não preencher uma *falta* por ele não estar *totalmente disponível* para ela.

Para além dos relacionamentos amorosos, o que se indaga sobre a história de Laura é se há espaço para a feminilidade. A ausência de espaço para a feminilidade pode ser corroborada mesmo nos momentos em que as indagações das entrevistas eram direcionadas a ela: “*e eu acabei só falando mais do Davi né, sempre.*”

O enigma do olhar mostra-se bastante emblemático nos relatos de Laura sobre diversas situações em que emergem o olhar materno sobre o filho e o olhar do filho sobre a mãe. Especialmente quando ela o encontrou pela primeira vez após o desencadeamento psicótico na escola: *o olhar dele mudou, aquele olhar perdido, aquele não era o olhar do meu Davi*. Ademais, Laura diz ao filho recorrentemente que o pai Fernando está no céu “*vendo*” o filho. Novamente, essa questão do olhar se presentifica, agora paterno no discurso materno para o filho.

Quando relatou a sua infância, Laura ressaltou os abandonos materno e paterno pelo fato de ter sido a única filha *a ser deixada para trás*. Ao apontar a investida sexual do padrasto e a conseqüente escolha de sua mãe, Laura situou as repercussões significativas dessas experiências. O uso da expressão “*ai eu fiquei só*”, seja para referir-se inicialmente ao abandono da mãe, do pai e, posteriormente a morte do marido, remetem à experiência de abandono como marca no psiquismo de Laura.

A tentativa em não repetir com os filhos, a história de abandono sofrido por ela se mostra no relato da situação em que teve a oportunidade de entregá-los para a sogra após a morte do marido: “*eu tive oportunidade de me livrar deles*”, mas não o fez: “*e pra onde eu ia, eu levava eles o tempo todo*”.

Nessa perspectiva, o desencadeamento psicótico de Davi repercute ao propiciar que Laura se depare com suas próprias questões subjetivas. Afirmou que sentia uma *falta*, um *vazio* dentro de si acompanhado de tristeza e não sabia exatamente do que se tratava: “*o problema do Davi veio amostrar o meu problema, eu tava doente e não sabia, eu já era uma pessoa doente, antes de o Davi existir*”. E associou esses sentimentos à relação conflituosa com a mãe: “*porque eu sentia falta da minha mãe e minha mãe não podia me dar atenção*”. Laura marcada pelo significante da depressão parece não ter podido vivenciar experiências de prazer e de investimento na gravidez e na maternidade.

O distanciamento entre Laura e a sua mãe durante muitos anos - *uma não conseguia chegar perto da outra né* – e o medo constante da filha em ofender a mãe com quaisquer palavras denotam a possibilidade de um receio de Laura em perder o suposto resquício do amor materno, ou mesmo, uma defesa contra uma possível confirmação do não amor materno. E ao resguardar-se em suas palavras, Laura iniciou o seu processo de adoecimento, sendo que a reaproximação posterior entre mãe e filha se deu em sua psicoterapia. Esse momento marcou um pedido de desculpas da mãe de Laura e uma comoção entre mãe e filha: “*ela não sabia que ela tinha causado um dano tão grande assim em mim né*”.

Laura pontuou o vínculo significativo entre ela e o pai, desde a infância e que permanece até os dias atuais. O pai, após a separação conjugal, nunca mais casou-se novamente. Apesar de relatar ser simpática a ideia de que o seu pai se relacionasse amorosamente, afirmou: *pensava que uma mulher poderia judiar dele e sentia ciúmes do papai*. Laura descreveu o pai como “*sozinho, sozinho, meu pai, tadinho*”, contudo uma pessoa considerada exemplo, pois “*não precisa de outra pessoa para viver*”. Aqui parece residir uma identificação da filha com o pai, tido como modelo ideal, ao mesmo tempo em que parece ocorrer uma aliança inconsciente entre pai e filha em que os dois não precisam amorosamente de quaisquer pessoas a não ser a si mesmos.

As tentativas de suicídio – após o falecimento do marido e durante o seu acompanhamento no CAPS - e a conseqüente não recordação, aparecem na história da Laura como acontecimentos da ordem do traumático, do imprescindível, sem acesso ao simbólico, à representação, impossível de ser recordado por ela. O não se recordar aponta para uma impossibilidade de elaboração psíquica, posto que está na ordem do traumático. E nessa

impossibilidade, o corpo aparece como palco do sofrimento psíquico - emagrecimento excessivo - e do ato - tentativa de suicídio.

As representações idealizadas a partir de um superego feroz podem ser associadas a situações em que Laura escondia o filho dos olhares externos pelo sentimento de vergonha bem como a necessidade de que os outros estivessem cientes do término do seu relacionamento com Luiz.

No momento da devolutiva no último encontro, Laura avaliou que os encontros foram importantes para que conseguisse “*enxergar*” *coisas que acontecem na vida e “a gente não consegue vê”* e questionou: “*O que a senhora acha, acha que eu tô normal? (risos)*”.

Essa interrogação súbita e incisiva de Laura surge como uma quebra no discurso de certeza, de um relato que detém um saber sobre si e demanda do outro uma resposta, um saber sobre si.

Assim, os questionamentos sobre a sua estabilidade e a do filho refletem as ambivalências cotidianas vivenciadas por Laura ao deparar-se com furos em suas certezas e crenças. Como estratégia psíquica, Laura defende-se por meio de um funcionamento psíquico em que o filho ora é cuidado como um bebê indefeso, ora é trancado como prisioneiro. A “prisão” simbólica remete a uma representação de segurança e acolhimento que a casa oferece, enquanto todo o externo se apresenta como ameaçador, conforme análise do TAT.

Nesse sentido, sem espaço para o filho separar-se, estando alienado ao desejo materno, Davi emerge como uma missão na vida de Laura. Sem a sua missão, o que restaria a ela? Posto que a psicose do filho pode se apresentar como um modo de conferir uma existência materna.

5.3 Discussão Geral

As histórias de vida de Fátima e Laura remetem, inicialmente, às experiências permeadas pelo abandono – materno e/ou paterno – em suas infâncias, com repercussões psíquicas significativas para o modo de se constituírem como mulheres e mães.

As duas tiveram que lidar com a escolha de suas mães por outros homens para constituir uma nova família, em que elas foram excluídas de algum modo, o que implicou em situações de rejeição. Ademais, as investidas sexuais realizadas por esses novos parceiros de suas mães

contribuíram para o sentimento de solidão e a representação desse masculino como ameaçador, usurpador de uma relação entre mãe e filha.

Os desencontros com as figuras maternas, pelo abandono psíquico e as singularidades com as figuras masculinas (Gonçalves, 2014), traduzem-se pelas alianças progressivas e demasiadas com os seus respectivos pais, os quais não se casaram novamente e permaneceram sozinhos até o envelhecimento. As identificações das filhas com os pais a partir da experiência de abandono permearam as suas escolhas amorosas e, especialmente, as suas relações com os filhos psicóticos. Posto que na tentativa de não repetir a mesma experiência, abre-se um espaço para um lugar de uma mãe onipresente e cuidadosa com os filhos, o que sempre lhes faltou (Costa, Brasil & Zanello, 2015). Nesse sentido, Henrique e Davi não são vistos como filhos reais, como sujeitos em sua estruturação psíquica, e sim filhos idealizados, vinculados aos abandonos sofridos por suas mães enquanto crianças. Fátima e Laura parecem impedidas de suportar o corte da estranheza que faz do bebê um outro, de suportar a frustração de seu desejo de ver coincidir o bebê sonhado – resgate do Eu Ideal – como o bebê real (Iaconelli, 2015).

A assertiva freudiana de que nas neuroses a realidade psíquica é a realidade decisiva torna-se imprescindível nesse contexto. As experiências infantis não devem ser negligenciadas, pois ocorrem numa época do desenvolvimento incompleto e são capazes de efeitos traumáticos (Freud, 1996/1916-1917).

No tocante às suas escolhas amorosas, a identificação das filhas aos pais remete a uma posição imaginária de permanecerem filhas em que cabe situar a importância das questões edípicas. Os inícios dos seus relacionamentos amorosos em suas adolescências foram marcados pela experiência com homens muito mais velhos e experientes. Ambas se caracterizaram como moças inexperientes que se sentiam sozinhas e de modo repentino casaram com esses homens.

O não desejo pela maternidade foi pontuado nos discursos de Fátima e Laura. As mães afirmaram que evitavam uma possível gravidez por meio do uso de contraceptivos, embora a evitação parece não ter sido o suficiente. Enquanto Fátima atribui ao ex-marido a responsabilidade pelas gestações indesejadas, Laura situa a família como uma pressão externa para que se tornasse mãe.

Na tese de Soares (2015), esse não desejo pela maternidade emergiu nos relatos maternos em que as gestações foram associadas a experiências de desprazer, de sofrimento, sem qualidade no investimento. Esses relatos se assemelham com os da presente pesquisa, pois

enquanto Fátima associou as primeiras gestações como experiências restritas ao seu corpo biológico, Laura contou a sua experiência de uma gravidez demasiadamente doentia para si. Essas situações remetem a ausência de um ritual de investimento e cuidados maternos. Fátima, ao não conseguir se preparar para a chegada do bebê, não vai para hospital com vergonha da ausência de enxoval, enquanto Laura parece se livrar de uma doença após o nascimento de Davi.

Sabe-se que a gestação demanda um intenso trabalho psíquico (Gonçalves, 2014) e a assunção do desejo aparece como condição para atribuir à mulher a maternidade junto a um bebê. O investimento libidinal pela mulher durante a gravidez favorece a capacidade de reconhecimento da função parental. Nesse período, mãe e bebê encontram-se confundidos, posto que a mulher, ao amar o seu bebê, ama acima de tudo a si mesma, sem perdas libidinais. Contudo, progressivamente o bebê passa a ser visto como um outro separado dela e o investimento narcísico cede lugar ao objetal. Ver o bebê como um outro é condição para conhecê-lo não como idêntico, e sim como semelhante. Essa assertiva torna-se fundamental para a compreensão do instante de estranhamento após o parto, momento em que a mãe se depara com o seu bebê e faz-se necessária a atualização do desejo materno por ele. Dessa forma, há possibilidade de a mãe reconhecer no bebê um Outro, o que é central para que se opere a separação (Iaconelli, 2015).

Nessa perspectiva, as experiências de Fátima e Laura, acerca da maternidade, caracterizam uma ausência de investimento narcísico em relação aos filhos. Essa ausência de investimento narcísico relaciona-se com os marcos identificatórios, em que a mãe precisa ter sido vista antecipadamente como sujeito pela própria mãe, para que depois possa vir a reconhecer em seu bebê a ilusão antecipatória de sujeito (Iaconelli, 2015). Assim, Fátima e Laura conceberam a maternidade como um acontecimento do acaso, como uma obrigação matrimonial ou mesmo pela vontade divina. Essas assertivas destacam a posição de sujeitos não desejantes perante a suas histórias como mulheres e mães em que as palavras parecem desinvestidas de desejo.

A dificuldade de separação entre mãe e filho, especialmente no caso de Laura e Davi, remete a uma separação não sustentada pelas mães de psicóticos. Trata-se de uma contínua reivindicação materna de ter um bebê como Eu Ideal ou ter-se (Iaconelli, 2015). O Eu Ideal,

como uma instancia autocentrada do eu, não reconhece as insuficiências e finitude, características do Ideal do Eu.

Assim, na psicose, há a impossibilidade de qualquer representação imaginária da criança que virá e a relação parece dar-se entre a mãe e o organismo no interior de si mesma, a criança real enquanto embrião. O não desinvestimento do narcisismo em favor da futura criança caracteriza um sobreinvestimento narcisista do que é sentido como uma produção endógena. A ausência do corpo imaginário impossibilita o investimento libidinal da criança enquanto corpo separado (Aulagnier, 1990).

Nesse sentido, seria necessário um processo histórico e psíquico em que a angústia de castração, como reguladora do Édipo, pudesse se efetuar por meio da alteridade e o descentramento do eu (Birman, 1997). Contudo, a relação de Fátima e Laura com as suas próprias castrações traduz uma marca em seus psiquismos: enquanto Fátima questiona incisivamente acerca dos vários tipos de “surtos” possíveis, Laura indaga sobre o seu estado emocional. Essas situações denotam a busca materna por preencher o vazio de um não saber sobre os filhos ou sobre si mesmas. Essa busca incessante traduz uma mãe ilimitada, fora da castração, característica da psicose (Benhaim, 2004).

As relações simbióticas e as dificuldades com o laço social se traduzem pela colagem entre mãe e filho psicótico, em que parece incidir uma alienação recíproca. O filho se remete à mãe como Outro alienando-se nela, enquanto a mãe também se aliena de algum modo no filho ao desaparecer como sujeito e ao viver em função da condição psicótica. Suas próprias questões subjetivas, não simbolizadas, emergem na relacionamento mãe-filho (Bruder, 2000), situação muito emblemática especialmente no caso de Laura e Davi.

Outra questão suscitada nas análises refere-se às caracterizações que Fátima e Laura realizam sobre Henrique e Davi, respectivamente. Ambos foram caracterizados como crianças muito preocupadas na infância, pois enquanto Davi inquietava-se com os problemas mundiais como a falta de água e a destruição da camada de ozônio, Henrique preocupava-se com os problemas de casa como as contas de energia e o cuidado com os irmãos. Por sua vez, as mães adotavam estratégias de controlar, ou mesmo, barrar os pensamentos dos filhos tidos como inadequados.

Na adolescência, o desligamento da autoridade dos pais e a contestação do seu saber propiciam a emergência da posição de sujeito desejanter (Bastos, Monteiro & Ribeiro, 2005).

Para Henrique e Davi, o adolescer tornou-se problemático, uma vez que, na impossibilidade de o Nome-do-Pai incidir sobre o desejo materno, a psicose se apresenta como o lugar de submissão a um Outro absoluto. Essa questão diz respeito a onipotência materna em que a posição de Henrique e Davi como não sujeitos revelou-se recorrente nos discursos de Fátima e Laura. Uma posição impossibilitada de separar-se da identificação maciça e de sustentar uma fala de sujeito desejante diante do imperioso e suposto desejo materno.

Nesse sentido, essa posição de objeto, de objeto de desejo do Outro nas manifestações psicóticas, remonta ao aprisionamento imaginário, ao lugar de gozo supostamente complementar. Há a alienação ao desejo materno, posto que nenhum nome do Pai vem separar a criança e a mãe torna-se a única portadora do sujeito (Benhaim, 2004; Mannoni, 1995).

Ao não abrir mão do gozo que o filho lhe proporciona, a mãe não permite a entrada (simbólica) do pai, ou seja, da incidência da função paterna, o que difere radicalmente da presença física do pai. Como vimos nos relatos de Fátima e Laura, ambos os pais de Henrique e Davi estiveram presentes em sua infância. O que está em jogo diz respeito a um corte no gozo para que haja a autorização de uma posição desejante do filho. Assim, podem se constituir dois sujeitos separados, não vinculados em suas demandas de amor (Bruder, 2000).

O superego feroz e mortificante presente nos discursos de Fátima e Laura pode ser interpretado a partir do questionamento de ambas acerca de suas implicações nas psicoses dos filhos: *“será que fui eu que adoeci meu filho?”*.

Em *Duas notas sobre a criança*, Lacan (1969) aponta que o sintoma predominante da criança possui relação com a subjetividade materna, posto que é diretamente como correlativo de um fantasma em que a criança está implicada. A psicose, então, seria uma forma de responder ao fantasma parental, especialmente com o que se relaciona com o desejo materno, pois a criança estaria ocupando o lugar de objeto no fantasma materno (Bruder, 2000). Nessa perspectiva, o fantasma ou a proximidade do fantasma materno incidem sobre a atribuição da culpabilização de si como possível causa do adoecimento dos filhos.

A possibilidade do sentimento de culpa traduz o que Freud (2010/1917) teorizou sobre a auto recriminação como um dos traços distintivos do luto e da melancolia, o que possui uma importância significativa nesse estudo ao situar o pressuposto desta pesquisa: O desencadeamento psicótico no filho e a sua posterior estabilização podem ter como efeito uma perda simbólica materna do objeto amoroso pelo investimento e o depósito afetivo no filho

outrora idealizado. Uma experiência de luto, com repercussões na ferida narcísica de mães de sujeitos psicóticos.

O luto, em sua forma patológica, se expressa em forma de auto recriminação, posto que a pessoa enlutada se sente culpada pela perda do objeto amado. A elevação do Ideal de Eu propicia o processo de repressão, por meio da consciência moral e culpa; assim, há um distanciamento do amor próprio, o qual repousa sobre o narcisismo originário (infantil), a onipotência pela experiência (cumprimento do ideal de Eu) e a satisfação objetal. Então, a distância entre o Eu Ideal e o Ideal de Eu causa insatisfação, comumente acarretando em angústia (Freud, 2010/1914).

A importância e a recorrência do discurso religioso foram referidas pelas duas mães, ocorrendo uma aproximação com a religião, especialmente a evangélica, após o desencadeamento psicótico. Ambas buscaram na religião uma forma de explicação sobre as suas experiências com os filhos. Freud (2010/1915a) já apontara o papel da religião ao proporcionar a firme ancoragem, a evitação do isolamento e o acesso à comunidade. A religião como sublimação constitui como um dos destinos possíveis de defesa do indivíduo contra as pulsões agressivas e sexuais. Especificamente, no caso de Laura, a religião assumiu um modo de reação simbólico significativo, pois além de buscar explicações sobre a condição psicótica de Davi, também atuou como suporte para amenizar sua angústia frente às tentativas de suicídio: *“Deus me ajudou demais, muito, muito mesmo, porque se não fosse ele, eu acho que eu já não estava mais aqui, eu já tinha morrido há muito tempo”*.

Somado ao discurso religioso, os relatos maternos se apresentam permeados pelo uso de terminologias psiquiátricas, associado à predominância do discurso médico acerca da experiência psicótica nas instituições de saúde. Fátima, ao se questionar constantemente sobre estar *certa* ou *errada* em suas atitudes com os filhos denota uma imagem, uma figura de “boa mãe”, ideia construída historicamente em que a figura do especialista aparece como corretor das imperfeições. Esse processo sociocultural se mostra pelos cuidados médicos e psicológicos oferecidos às mulheres e a seus bebês (Iaconelli, 2015). A escuta e a compreensão cederam lugar à progressiva especialização e controle dos modos familiares tido como “melhores” para educar os filhos por meio de regras próprias e conselhos, ou seja, a família dissecada pelo discurso dos especialistas (Roudinesco, 2003).

A ausência de espaço para a feminilidade nas dinâmicas subjetivas de Fátima e Laura se mostram pelo distanciamento em relação aos companheiros amorosos bem como a negação do masculino recorrente em seus discursos. Laura reside com o filho *bebê* e o pai *fragilizado*, sendo que Luiz com seu posicionamento de sujeito desejante acaba por ser excluído do âmbito familiar. Fátima reside com 5 filhos homens e assume a posição de *pai* e *mãe* na casa, desconsiderando os conselhos do seu atual companheiro, o qual reside em outro estado. Ambas exercem o papel de lei e de pai a partir de uma posição masculina frente aos filhos e aos atuais companheiros. A posição subjetiva dos pais de Henrique e Davi pode ser identificada nos discursos dessas mães a respeito de fragmentos das histórias dos filhos em que situações de poder e comando no âmbito familiar eram exercidas pelas mães.

O valor metafórico da criança deveria efetuar um corte ao dividir o agente materno em mãe e mulher (Checchinato 2007; Vorcaro, 1999). Nesse contexto, o filho emerge como um caminho rumo ao amor objetal, ou mesmo, a ânsia por um ideal masculino a partir da identificação do pai e desidentificação com a figura materna – feminina durante a infância e início da puberdade (Freud, 2010/1914).

Os nascimentos de Henrique e Davi parecem não ter sido possível esse corte nas subjetividades de Fátima e Laura, permanecendo vinculadas com a maternidade a partir de uma identificação ao pai.

Na impossibilidade de se identificarem com suas mães, como mulheres que abandonaram os seus maridos e filhos, Fátima e Laura identificam-se com os seus pais como figuras modelos – ideais de Eu – em que o cuidado e superproteção com os filhos assume uma posição fundamental para a constituição psíquica de Henrique e Davi.

Ao relatarem as suas experiências com os ex-maridos falecidos e pais dos filhos Henrique e Davi, as mães nomearam sentimentos permeados por ressentimento. Fátima associou diretamente a morte de Carlos como causa para o desencadeamento psicótico de Henrique. Laura desabafou sobre a ausência de Fernando: “*era pra ele tá aqui, cuidar do filho dele que ele quis, era pra ele tá aqui comigo*”.

No tocante às discrepâncias observadas nos dois casos clínicos, a principal e fundamental constitui a concepção sobre os filhos presente nos relatos de cada uma das mães. Laura pontuou veemente o seu receio de que Davi inicie um relacionamento amoroso e ela possa perdê-lo para uma mulher, enquanto a questão da estabilização de sua condição psicótica

emerge em segundo plano nessa dinâmica entre mãe e filho. A impossibilidade para Laura reside na ausência física do filho, o qual atua como garantia de sustentação de seu psiquismo. Davi, mesmo em momentos de estabilização, é tido pela mãe como uma pessoa que necessita de cuidados desde a tenra infância e que permanece *sem noção das coisas*, não sendo responsável pelos seus relatos.

Por sua vez, Fátima parece almejar que um relacionamento amoroso possa proporcionar a estabilidade ao filho, bem como o próprio aprendizado e autoconhecimento de Henrique para que possa controlar suas crises. Henrique é tido como alguém que não pode fazer-se de *coitado* e a mãe põe em cheque a compreensão de Henrique acerca da responsabilidade pelos seus atos. Nesse sentido, para Fátima ainda há uma esperança pela estabilização completa do filho, especialmente se ele conseguir lidar com as perdas.

As questões sobre o tempo do diagnóstico de Henrique e Davi também se mostram imprescindíveis nesse contexto. Henrique, aos 17 anos de idade, possui o diagnóstico há 4 anos, enquanto Davi, aos 28 anos de idade, realiza acompanhamento no CAPS há 17 anos.

Outra questão suscitada e distinta entre elas se refere aos relatos sobre o CAPS. Fátima pontuou as possíveis atividades que seriam benéficas para o filho e para si; por sua vez, Laura ateu-se às atividades direcionadas à Davi, embora também realize acompanhamento no CAPS, sem discorrer sobre o que gostaria e almejaria para si enquanto mãe e usuária do serviço.

Assim, os relatos das mães entrevistadas remetem a uma forma de se posicionarem, de falarem de suas dores e angústias por meio dos encontros realizados. Cabe suscitar a reflexão sobre a importância da escuta em momento em que tudo que é experienciado parece esvaziado de sentido e se busca por meio das palavras significar aquilo que transborda as palavras.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ouve-me, ouve o meu silêncio. O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa. (...).
Capta a “outra coisa” de que na verdade falo porque eu mesma não posso. (Trecho
do livro *Água Viva* por Clarice Lispector, 1998)

No presente texto, inicialmente buscou-se uma contextualização da presente pesquisa a partir das novas proposições baseadas em recentes estudos no campo da Psicose e Família. Posteriormente, abordou-se as contribuições sobre a maternidade e os aspectos teóricos e clínicos da psicose. Esses momentos pretenderam aliar as concepções teóricas explicitadas com as reflexões institucionais e clínicas.

Retomando o pressuposto teórico e clínico deste estudo, cabe destacar a premissa de que o desencadeamento psicótico no filho e sua posterior estabilização podem ter como efeito uma perda simbólica materna. Essa perda simbólica do objeto amoroso dá-se pelo investimento e o depósito afetivo no filho idealizado e pode estar associada às repercussões na ferida narcísica de mães de sujeitos psicóticos. Ressoa como uma experiência de luto, o qual pode ser um processo singular de cada mãe em seus cuidados e convivência com o filho.

Nesse sentido, considera-se de modo preliminar que a impossibilidade de um luto, de elaboração de uma perda simbólica sobre a psicose do filho subjaz os discursos de Fátima e Laura. Posto que a psicose de Henrique e Davi aponta para questões subjetivas maternas vinculadas a um ideal de Eu, impossível de sustentar. Um ideal de Eu, no qual o filho vem a se localizar e, em decorrência de sua impossibilidade, propicia que essas mães passem pela experiência de luto de si mesmas e dos filhos.

Em suas experiências de mães de filhos psicóticos, o psiquismo de Laura reage pela produção de sintomas físicos e psíquicos com um espaço significativo para a abertura de uma ferida melancólica. Posto que na impossibilidade de elaboração do luto pela condição psicótica de Davi, Laura apega-se ao mundo fantasmático infantil em que ora o filho é o personagem principal, ora ela própria (TAT). Fátima parece não ter iniciado o processo de luto e o seu psiquismo reage pela produção de sintomas físicos e psíquicos. Essa assertiva pode ser analisada a partir da visão de Henrique como alguém que possa estar fingindo as crises e suas próprias dificuldades em nomear os sentimentos.

Essa impossibilidade de elaboração do luto em ambas embasa as queixas recorrentes sobre os filhos e traduz uma maneira de essas mães ocuparem-se demasiadamente deles, com

pouco ou nenhum espaço para a feminilidade. Assim, mantém a resistência em uma posição fálica, masculina, a partir da identificação com os seus respectivos pais.

Os discursos maternos se mostram permeados por perdas simbólicas e reais, assim como mudanças significativas nas vidas de Fátima e Laura após o desencadeamento psicótico dos filhos. Contudo, a permanência do filho idealizado permanece – seja no filho *inteligente e especial* de Laura – seja no filho *capaz, autônomo e responsável* de Fátima. Ademais, as queixas maternas sobre a personalidade e as vicissitudes da condição do filho psicótico, recorrentemente relatadas nos serviços de saúde, podem ser consideradas como uma garantia da permanência do objeto idealizado e a evitação ao processo de luto das perdas simbólicas e reais (Benhaim, 2004).

O medo aparece recorrentemente nos relatos associado às experiências de crises psicóticas dos filhos, um medo do que essas experiências possam repercutir em si. Somado ao medo, as queixas relativas aos fenômenos psicossomáticos, especialmente nos relatos de Laura, referem-se a uma tentativa de simbolização, pois a angústia vai para o corpo. A somatização caracteriza-se por ser inerente ao ser humano e dá-se pela ausência na capacidade de simbolização, de uma hesitação em sentir em uma posição em que há menos mediação psíquica possível. O afeto sem simbolismo (representação) gera angústia no corpo (Jorge, 2008).

Parece não haver a possibilidade de entrada no processo de luto para ambas e, tampouco, a possibilidade de evidenciar que a perda poderá não ser simbolizada, o que caracterizaria um quadro melancólico (Quinet, 2006). Nessa perspectiva, cabe a indagação: O que impede essas mães de iniciarem o processo de luto? Na ausência de recursos simbólicos, elas defendem-se contra uma possível melancolia, já que se trata de uma perda de natureza ideal, de um objeto de amor?

Para que o processo de luto se inicie, faz-se necessária a elaboração de uma posição narcísica e uma re (inscrição) da posição subjetiva materna perante o filho. Ou seja, trata-se de uma consideração do filho como objeto parcial e não total. Assim, o objeto amado não existiria mais na realidade, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto (Freud 2010/1917).

Pela natureza da presente pesquisa, não há possibilidade de afirmação que essas mães, ao não entrarem no processo de luto, caíram na melancolia com empobrecimento do ego em grande escala e perturbação da autoestima. A perda da capacidade de amar e o sentimento de

culpa estão presentes tanto no luto quanto na melancolia. Contudo, a diferença principal reside na perturbação da autoestima, presente apenas na melancolia e não identificada nos discursos maternos neste estudo. Dessa forma, pode-se dizer de uma luta das mães para não entrar no luto. Essa luta se caracteriza pela adoção de estratégias psíquicas como a evitação de possíveis conflitos e de sentimentos, o que pode dificultar a tarefa do trabalho de luto.

No tocante a uma Proposta de Dispositivo Clínico-Institucional nos serviços de saúde mental destinadas às mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos, Dolto (1989) já apontava que o trabalho terapêutico é realizado no sentido de que a mãe possa conceber o filho como um outro real, e não mais como objeto parcial dela mesma. Costa, Brazil & Zanello (2015) defendem a possibilidade de um espaço psicoterápico em que as mães possam *se pensar* separadamente de seus filhos psicóticos. Benhaim (2004) defende um trabalho terapêutico em que as palavras possíveis sobre um luto da relação mãe-filho possam emergir.

Uma das contribuições para este estudo reside na Escola Experimental de Bonneuil, fundada em 1969. Maud Mannoni, em entrevista concedida a Lajonquiére & Scagliola (1998), caracteriza a experiência em Bonneuil como uma instituição estilhaçada, o que difere do enquadramento tradicional das instituições pedagógicas e de saúde. O que está em voga é a escuta analítica do desejo do sujeito, considerando que é na vida onde se escuta esse desejo. Trata-se de uma subversão do discurso médico-pedagógico, com críticas à deterioração da saúde pública e a denegação da doença mental no tocante a orientações que direcionam a saúde mental para o “social”. Assim como críticas ao DSM, em que signos e sintomas descritos nada têm a ver com a clínica. Bonneuil, então, aparece como um lugar de interrogação das instituições existentes em que a qualidade de vida de psicóticos orientam as práticas contrapondo-se às experiências hospitalares. Para isso, a instituição busca manter vivo um circuito transferencial entre famílias de acolhimento, artesãos e famílias de origem. A equipe se sustenta a partir um desejo de participar de uma experiência singular.

Marie José Richer-Lérès (1998) aponta Bonneuil como um lugar que propicia o olhar desinstitucionalizador da loucura. Um lugar em que permeia a dialética entre a instituinte e o instituído, entre o agir e o sofrer, entre a palavra singular e o discurso. Questiona-se o enquadre, como repetição e garante-se a possibilidade de inventar o “estilo de vida”, de ir até o fim num trabalho investido por um desejo. Deste modo, a relação clínica difere da aplicação da teoria, posto que essa relação implica na análise do que a criança psicótica interpela em nós mesmos.

Nesse sentido, este estudo encontra aproximações com os trabalhos psicoterapêuticos mencionados, pois o que está em cena é o tratamento do laço social do psicótico a partir de uma suspensão da ideia tradicional de tratamento.

Quanto às discussões e reflexões acerca do que foi estudado e interpretado, a necessidade de trânsito entre os discursos acadêmico, médico e psicanalítico remeteu a questões fundamentais nos momentos dos encontros com as mães.

O saber acadêmico se apresenta pela necessidade de certo domínio e controle por meio dos métodos e técnicas de pesquisa. A clínica, por sua vez, demanda o desalojamento, a retirada de certo domínio ao proporcionar o encontro com o sofrimento do outro, situação além e aquém de todas as teorizações possíveis. Nessa situação, as teorias não devem se sobrepor à clínica, uma vez que nada se sabe a priori e as experiências emergem no próprio campo (Figueiredo, 2004).

Em uma pesquisa clínica, a realidade e subjetividade do pesquisador influencia durante todo o processo de investigação e interpretação (Batista Pinto, 2004), o que cede espaço para o reconhecimento de uma articulação conflituosa entre pesquisa e clínica. A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações de pensamento delirante e a clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se em uma prática sem reflexão (Safra, 1993).

No âmbito da saúde pública, especialmente na saúde mental, o diálogo permanente entre teoria e prática, entre pesquisa e clínica se faz presente nas equipes dedicadas e comprometidas com o trabalho nas instituições a partir do momento em que se operam questionamentos acerca dos modos de atuação das equipes. Estes comumente vinculados a um discurso constituído sobre o paciente, o qual se fundamenta em uma dimensão imaginária sobre quem é o paciente, usuário de um serviço de saúde mental. É apenas no imaginário que se estabelece a dicotomia entre o eu e o outro, o dentro e o fora, alguém que atende e alguém que é atendido, como se os atravessamentos intra e intersubjetivos pudessem ser diferenciados. O discurso opera de uma posição ocupada pela equipe, em que cada profissional está situado em saber totalizante (Rocha, 2006).

Nesse contexto, o uso do diagnóstico caracteriza uma pseudoinserção, não trata o sofrimento do paciente nem da equipe, pois o que pode ser considerado como premissa seria “[...] pensar o diagnóstico para além dos fenômenos, ou seja, num diagnóstico estrutural, uma

vez que ele só pode ser realizado a partir de uma escuta ao longo do próprio tratamento” (Pinto, 2005, p. xxiv).

No campo da Saúde Mental, as intervenções clínico-institucionais, acrescidas das experiências pessoais, proporcionam um terreno fértil para o surgimento de indagações, problemas e hipóteses.

Partindo desse reconhecimento, cabe ressaltar que para o discurso psicanalítico, o conceito de “*a posteriori*” é premissa fundamental, pois somente a partir dos efeitos da repressão, posteriores que se pode analisar os enlaces anteriores. E a sua grande potência como dispositivo analítico continua a ser de desestabilizar – certezas, crenças, ilusões, defesas neuróticas, fortalezas narcísicas (Kehl, 2011), o que pode desencadear mudanças na posição subjetiva da relação do sujeito (equipe, paciente, família) com o saber. Então, a questão que se apresenta é: Em qual lugar, eu me coloco como agente do discurso analítico?

A Psicanálise propõe ao sujeito o seu lugar ao devolver suas próprias palavras para que ele possa delas se apropriar e nelas reconhecer seu desejo. Ou seja, à demanda de respostas, oferece-se outra coisa, pois a abordagem ética da psicanálise é não buscar reconhecimento do lugar e sim responder desse lugar (Dunker, 2011; Moretto, 2008).

Nesse contexto, o dito é considerado como o elo final de um processo que busca apreender as determinações da singularidade por meio da escuta (Mezan, 1993). A abordagem estrutural como orientação do campo clínico requer uma atitude constante de pesquisa em cada caso único e original, pesquisa como encontro com o novo e criação com o inusitado (Pereira, 2001).

Ao se considerar a premissa de que a objetividade da Psicanálise é a realidade psíquica, ressalta-se a importância da palavra, como instrumento essencial do tratamento psíquico e no contexto desta pesquisa, como ponto de abertura para o que possa emergir durante a escuta das mães e o manejo clínico nos serviços de saúde mental.

Nessa perspectiva, finalizo este trabalho com a atividade desafiadora de traduzir as questões cotidianas implicadas na clínica com mães de sujeitos psicóticos para uma pesquisa científica, ao buscar o diálogo entre o que é vivido nas instituições de saúde e o que é pensado nos espaços acadêmicos: “*Os psicóticos ensinam, primeiramente, que qualquer saber universitário que se pretende totalizante, global e a priori é, no mínimo, vão*” (Freire, 2006, p. 60). Nesse sentido, a principal implicação neste estudo residiu em *não recuar frente às psicoses*,

premissa defendida por Jacques Lacan (1998/1957-1958), questão desafiadora na clínica em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, F. (2001). *Método Clínico: Método Clínico? Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 609-616.
- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito e a Psicanálise: Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESSA/UERJ. *Revista SBPH*, 11 (1), 143-160.
- Almeida, M. M. (2009). Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: A sobrecarga e a atenção em saúde. Dissertação de Mestrado, Centro De Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte.
- Almeida, M. M., Schal, V. T., Martins, A. M., & Modena, C. M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, 32(3),73-9.
- Almeida, W.C. (2012). *A clínica da psicose depois de Lacan*. São Paulo, SP: Edição do autor.
- Alves-Mazzotti, A.J. (2006). Usos e abusos do estudo de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36 (129), 637-651.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Disponível em: [Http://Dsm.Psychiatryonline.Org/Book.Asp?Bookid=556](http://Dsm.Psychiatryonline.Org/Book.Asp?Bookid=556). Acesso em: 20 de março de 2014.
- Amparo, D.M., Brasil, K. T. R. & Wolff, L.S. (2010). Adolescência e psicose: traumatismo e violência do pubertário. *Revista interamericana de Psicologia*, 44 (3), 507-514.
- Aulagnier, P. (1990). Observações sobre a estrutura psicótica. In: _____ *Um intérprete em busca de sentido – II*. (pp.9-33). São Paulo: Escuta.
- Áries, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª edição). Rio de Janeiro: Travessa do Ouvidor.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bandeira, Marina & Barroso, Sabrina Martins. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. (2005). *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 54(1): 34-46.
- Barros, I. P. M. de. (2004). *Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez: o uso do DFH e do TAT na assistência pré-natal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barros, I. P. M. de. (2010). *Movimentos do desejo materno antes e após o nascimento do filho: Um estudo longitudinal*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bastos, A., Monteiro, K.A.C & Ribeiro, M.M.C. (2005). O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. *Estilos Da Clinica*, 10(19), 182-193.
- Batista, Cynthia Mara Felicio, Bandeira, Marina de Bittencourt, Quaglia, Maria Amélia Cesari, Oliveira, Daniela Carine Ramires de, & Albuquerque, Ellen Pinheiro Tenório de. (2013).

Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(4), 359-369.

Batista Pinto, E. (2004). A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 71-80.

Beckmann, C. A. A. (2018). *Família e primeira crise do tipo psicótica: um estudo a partir do Rorschach no Sistema Compreensivo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Benhaim, M. (2004). A Queixa Materna. *Estilos da Clínica*, 9(16), 36-49.

Birman, J. (1997). O sujeito no discurso freudiano. In: Birman, J. *Estilo e Modernidade em Psicanálise*. (pp.15-42). São Paulo: Editora 34

Birman, J. (2001). Desposseção, saber e loucura: Sobre as relações entre Psicanálise e Psiquiatria hoje. In: Quinet, A. (Org.) *Psicanálise e Psiquiatria: Controvérsias e convergências*. (pp.21-29). Rio De Janeiro: Rios Ambiciosos.

Bleger, J. (1989). *Psicologia da Conduta*. (2ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bleger, J. (1998). *Temas de psicologia: Entrevista e grupos*. (2ª Edição). São Paulo: Martins Fontes.

Braga, N.G., Fernandes, N.F.C. & Rocha, T.H.R. (2014). A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: Os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico. *Aletheia*, 43-44, 227-238.

Branco, F. C. (2014). Sobre o amor e suas falhas: Uma leitura da melancolia em Psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1), 85-98.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II CAPS III, CAPS i II, CAPS ad II. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: Acesso em: 09 de maio de 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Acesso em: 09 de maio de 2016.

Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. (3ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (2001). *Cuidados maternos e saúde mental*. (4ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

- Brito, M. M. M. (2013). *Maternidade e suas vicissitudes na psicose*. Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Bruder, Maria Cristina Ricotta. (2000). A alienação eternizada: uma abordagem estrutural de um caso clínico. *Psicologia USP*, 11(1), 189-205.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavalcante, Deisiluce Miron, & Cabral, Barbara Eleonora Bezerra. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(3), 293-304.
- Carvalho, Isalena Santos, Costa, Ileno Izídio, & Bucher-Maluschke, Júlia S. N. F. (2007). Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 7(1), 163-189.
- Carvalho, N.R. & Costa, I.I. (2008). Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, 20(1), 153-164.
- Carvalho, I.S. (2008). *A clínica da psicose na clínica do CAPS: Reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís (MA)*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cerqueira, A.C. (2011). *Simbiose mãe-filho nas psicoses: um estudo teórico-clínico à luz do pensamento kleiniano*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Brasília.
- Checchinato, D. (2007). *Psicanálise de pais: Crianças, sintomas dos pais*. Rio de Janeiro: Cia De Freud.
- Cirilo, L.S. (2006). *Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande.
- Cirilo, L.S & Oliveira Filho, P. (2008). Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (2), 316-329.
- Colleti, M., Martins, C. B., Tanios, B.S & Rocha, T.H.R. (2014). A reforma psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 123-135.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução CFP nº 016/2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/qualidade/Cfp16-00.pdf>.
- Costa, I.I. (2001). Mal-estar, subjetividade e psicose: Reflexões a partir do sistema familiar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 1(1), 124-137.
- Costa, I.I. (2008). Família e psicose: Reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 94-100.

- Costa, B. L. C., Brasil, K.T. R. & Zanello, V. (2015). Metáforas em psicoterapia: Expressão do conflito da relação entre mãe e filho na psicose. *Ágora*, 18, 131-148.
- Costa, A. & Pereira, L. (2004). A experiência do inconsciente, transferência e transmissão da Psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, XI (27), 159- 65.
- Costa, A., & Poli, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista em Psicanálise. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 188, 14-21.
- Dalla Vecchia, M. & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: Investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 159-168.
- Dias, S. (2000). A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicologia Usp*, 11(1), 119-135.
- Dinis, C., Rodrigues-Ferreira, T. & Carvalho, J. C. (2014). Familiar cuidador da pessoa com psicose: Satisfação na prestação de cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe1), 59-64.
- Dolto (1981). *Caso Dominique*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F. (1989). Psicoses. In: Dolto, F. *Dialogando sobre crianças e adolescentes*. (pp. 55-87) Campinas, SP: Papirus.
- Dunker, C.I.L. (2011). O nascimento da clínica. In: Dunker, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (pp. 389-481). São Paulo: Annablume.
- Dunker, C.I.L. & Neto, F.K. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Durão, A.M.S. (2004). *Grupo de acompanhamento de pacientes e familiares de portadores de esquizofrenia medicados com clozapina: O impacto sobre o cotidiano de suas vidas*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto.
- Fages, J.B. (1975). *Para Compreender Lacan*. (2ª Edição). Rio de Janeiro: Ed. Rio
- Figueiredo, A.C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. (3ª edição). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Figueiredo, L.M.C. (2004). *Revisitando as Psicologias: Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. (3ª edição). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Flesler, A. (2012). *A Psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fontanella, B.J.B., Campos, C.J.G. & Turato, E.R. (2006). Data Collection in Clinical-Qualitative Research: Use of Non-Directed Interviews with Open-Ended Questions by Health Professionals. *Latin American Journal of Nursing*, 14(5), 812-820.

- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola. (Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970).
- Freire, A.B. (2006). Psicose e saber. In: Figueiredo, A.C. *Corpo, sintoma e psicose: Leituras do contemporâneo*. (pp. 59-73) Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Freitas, N.K. (2000). TAT – Teste de Apercepção Temática, conforme o modelo interpretativo de Murray. In: Cunha, J.A. (Coord). *Psicodiagnóstico–V*. (pp. 399-408). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1996). Sobre a psicoterapia. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905 [1904]).
- Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O Caso Schreber”). In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). Os instintos e seus destinos. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915a).
- Freud, S. (2010). A repressão. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915b).
- Freud, S. (1996). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2010). O estranho. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2010). Psicologia das massas e análise do eu. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996). Neurose e Psicose. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923-1924).
- Freud, S. (1996). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: S. Freud, *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).

- Freud, S. (2010). Inibição, sintoma e angústia. In: S. Freud, *Obras Completas*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Giacon, B.C.C. (2009). *Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- Giacon, B.C.C. (2014). *O significado do adoecimento mental, atribuído pelas famílias, no contexto da adolescência*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto.
- Gil, A.C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (3ª edição). São Paulo: Atlas.
- Goldberg, J. (1996). *Clínica da psicose: Um projeto na rede pública*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Gonçalves, T. G. (2014). *O desempoderamento da gravidez: implicações psíquicas em mulheres que não sabiam que estavam grávidas até o momento do parto*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Grecco, M. (2006). Psicanálise e Saúde mental: O “e” da questão In: Figueiredo, A.C. *Corpo, sintoma e psicose: Leituras do contemporâneo*. (pp. 95-100). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Guidugli, S. K. N. (2015). *Coração aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Herzberg, E. (1986) *Aspectos psicológicos da gravidez e suas relações com a assistência hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Herzberg, E. (1993). *Estudos normativos do Desenho da Figura Humana (DFH) e do Teste de Apercepção Temática (TAT) em mulheres: Implicações para o atendimento a gestantes*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Herzog, R. (2006). O contemporâneo do sintoma. In: Figueiredo, A.C. *Corpo, sintoma e psicose: Leituras do contemporâneo* (pp.13-18). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Hirsch, S. B. (1999). Guia de interpretação do Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) de L. Bellak. In: M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, E. G. Piccolo et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp. 149-166). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Iaconelli, V. (2015). *Mal-estar na maternidade: Do infanticídio à função materna*. São Paulo: Annablume.
- Jorge, M.A.C. (2008). *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan* (5ª edição). Rio De Janeiro: Jorge Zahar.
- Kehl, M.R. (2011). *18 crônicas e mais algumas*. São Paulo: Boitempo.
- Khouri, M. E. (2017). *Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise vincular*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1998). *Seminário 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1956).
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1998). “Duas notas sobre a criança”. *Opção lacaniana*, n. 21. São Paulo: Eólia. (Trabalho original publicado em 1969).
- Lacan, J. (1999). Os três tempos do Édipo. In: Lacan, J. *Seminário 5: As formações do inconsciente* (pp. 185-220). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1958a).
- Lacan, J. (1999). A metáfora paterna. In: Lacan, J. *Seminário 5: As formações do inconsciente* (pp. 166-184). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1958b).
- Lajonquière, Leandro de, & Scagliola, Roberto. (1998). Conversando sobre Bonneuil. Entrevistas com Maud Mannoni, Marie-José Richer-Lérès e Lito Benvenuti. *Estilos da Clínica*, 3(4), 20-40.
- Laplanche, J & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário Da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M-C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística. In: Wanderley. D.B (Org). *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Salvador: Àgalma.
- Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lerner, R. (2002). A dimensão da enunciação no discurso da mãe acerca da criança psicótica. *Estilos da Clínica*, 7(13), 116-121.
- Lima, Mayna Ferreira, & Ferreira, Cintia Bragheto. (2018). Estratégias de enfrentamento de pacientes com transtornos mentais. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), 1-15.
- Lispector, C. (1999). *A descoberta do mundo*. Rio De Janeiro: Rocco.
- Macedo, João Paulo, Sousa, Adrielly Pereira de, Silva, Adrielli M. B. de Oliveira, Teixeira, José Luís C. C., & Veras, Gabriela Fernandes. (2016). A problemática do cárcere privado para familiares e trabalhadores da saúde mental. *Temas em Psicologia*, 24(2), 507-518.

- Machado, O.M.R. (2001). O diagnóstico na Psicanálise: Da clínica dos fenômenos à clínica da estrutura. In: Figueiredo, A.C. (Org). *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. (pp. 139-170). Rio de Janeiro: IPUB.
- Mannoni, M. (1995). *A criança retardada e sua mãe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo: Via Lettera.
- Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Mano, R. P. (2010). *O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante Pentecostal e Neopentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Martin, I.S. (2013). *Necessidades de informação sobre o período que antecede o primeiro episódio psicótico na perspectiva de familiares de doentes mentais*. Dissertação de Mestrado, Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mattos, R. (2012). Das quedas em um percurso: Escolhas, musicalidade e ressonância. *Estudos de Psicanálise*, 38, 125-134.
- Melman, J. (2006). *Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora.
- Melo, H.L.A., Andrade, F.C.B. & Lima, H.N.C. (2012). Superando o falicismo: Sofrimento materno na Psicanálise de crianças. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 539-544.
- Metzger, C. (2006). Contornos e fragmentação do eu na psicose: Reflexão a partir do acompanhamento terapêutico de uma adolescente. *Psychê*, 10(18), 41-52.
- Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em Psicanálise? In: Silva, M.E.L.(coord). *Investigação e Psicanálise*. (pp. 159-170). Campinas, SP: Papyrus.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, V. B. M. (2004). *Procura de ajuda e tratamento realizada por familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Moretto, M.L.T. (2008). Psicanálise e Medicina. In: Moretto, M.L.T. *O que pode um psicanalista no hospital?* (pp.61-95). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, A. & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: Da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII (140/141), 69-67.

- Moura, D.M.A.A. (2011). *Homens jovens e a internação psiquiátrica: Relações de cuidado e família*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Murray, H. A. (2005). *Teste de Apercepção Temática*. (3ª edição) (M. C. V. M. Silva, Adapt. Ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1943).
- Neubern, M.S. (2001). Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na Psicologia Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (1), 241-252.
- Neves, A. S. & Omena, N.A. (2016). A clínica de família no Centro de Atenção Psicossocial III: Psicose e configurações vinculares. *Vínculo*, 13(1), 65-80.
- Paitach - Oliveira, K. (2018). *Atendimento familiar no Primeiro Episódio Psicótico: percepções dos pacientes e seus familiares*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, M.F.B.V. (2004). *Relações familiares e o adolescente psicótico: O delírio como sintoma da história familiar*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Omena, N.A. (2014). *A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: Psicose e configurações vinculares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (1994). *CID-10: Classificação Internacional De Doenças*. São Paulo: Edusp.
- Paiva, M.L.S.C. (2009). *A transmissão psíquica e a constituição do vínculo conjugal*. Tese de Doutorado, Instituto De Psicologia, Universidade De São Paulo, São Paulo.
- Parada, Ana Paula e Barbieri, Valéria (2011). Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. *Psico-USF*, 16 (1), 117-125.
- Pegoraro, F. P. & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia Em Estudo*, 11(3), 569-577.
- Pereira, M.E.C. (2001). O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: Encontros e desencontros. In: Quinet, A. (Org.) *Psicanálise e Psiquiatria: Controvérsias e convergências* (pp. 55-68). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Pinto, R. F. (2005). *CAPS i para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: A contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Prado, M. C.C.A. (1992). *Destino e mito familiar - Uma questão na família psicótica*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Pugliesi, Marizilda Ferreira (2009). *A construção da clínica nos encontros: dos sabores aos saberes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social - Esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio De Janeiro: Ed. Jorge Zahar.

Resolução nº 446 de 12 de dezembro de 2012. (2012). Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Ribeiro, C. M. (2014). *Psicose, família e crise: Inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar*. Dissertação de Mestrado, Universidade De Brasília, Brasília.

Rios, M.G. (2007). *Casais sem filhos por opção: Análise psicanalítica através de entrevistas e TAT*. Dissertação de Mestrado, Instituto De Psicologia, Universidade De São Paulo, São Paulo.

Rocha, E.C. (2006). Sobre algumas incidências da Psicanálise na Saúde Mental. In: Figueiredo, A.C. *Corpo, Sintoma e Psicose: Leituras do Contemporâneo*. (pp. 81-94) Rio de Janeiro: Contra Capa.

Rocha, F. (2001). *Entrevistas preliminares em Psicanálise: Incursões clínico-teóricas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rodrigues Rocha, Tiago Humberto, & Rodrigues Silva, Maira. (2013). A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 2(2), 117-141.

Rosa, L. M. S. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Safra, G. (1993). O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva, M.E.L. (coord). *Investigação e Psicanálise*. (pp. 119-132). Campinas, SP: Papirus.

Sagesse, E. (2001). *Adolescência e psicose: Transformações sociais e os desafios da clínica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Sagesse, E. (2006). Psicanálise e clínica da psicose: O que não tem sossego, nem nunca terá. In: Figueiredo, A.C. *Corpo, Sintoma e Psicose: Leituras do Contemporâneo* (pp. 74-80). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Sales, L.S. (2009). Psicanálise lacaniana e estruturalismo: a condução do desejo como função pura a um plano transcendental. *Psicologia USP*, 20(4), 539-554.

Santoro, M.C.F. (2011). *A trajetória de cuidado ao portador de esquizofrenia: Narrativas familiares*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Silva, M. S. (2007). *Família e o cuidado ao portador de psicose em um CAPS de Salvador*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Bahia.
- Silva, H. C. S. R. (2017). *O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottiana*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva, A.N. (2007). Da demanda ao desejo: A função de recusa na anorexia. *Psicanálise & Barroco*, 5 (1), 121-134.
- Silva, M. A. S. M. (2013). *Perda materna na adolescência: Ressonâncias psíquicas*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis.
- Silva, M.C.V.M (1989). *TAT: Aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: EPU.
- Silva, S.A. (2014). *Os sentidos e os significados da psicose na adolescência: Relações e vínculos familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho.
- Silva, S.A., Herzberg, E. & Custódio, E.M. (2016). *O uso do TAT e uma leitura psicanalítica sobre as ressonâncias psíquicas maternas na psicose*. Trabalho apresentado no VIII Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos. Florianópolis, SC.
- Silva, S.A., Herzberg, E. & Matos, L. A. L. (2015). Características da inserção da Psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: Uma revisão. *Boletim de Psicologia*, 65(142), 97-111.
- Simon, R. (1993). Pesquisa combinando técnicas projetivas e Psicanálise. In: Silva, M.E.L.(coord). *Investigação e Psicanálise*. (pp. 159-170). Campinas, SP: Papyrus.
- Sinatora, F. (2005). *O primeiro episódio psicótico na perspectiva do familiar do portador de esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Soares, M.Z.S. (2015). *Discurso materno, psicose e Psicanálise: Travessias...*Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Sobrinho, O.R. (1988). A função da mãe. In: Checchinato, D. (coord). *A clínica da psicose* (pp. 40 - 53). Campinas – SP: Papyrus.
- Soler, C. (2016). *As lições das psicoses*. São Paulo: Agente Publicações.
- Tsu, T. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Edusp: Vetor.
- Turato, E.R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Definição e principais características. *Revista Portuguesa De Psicossomática*, 2 (1), 93-108.
- Turato, E.R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.
- Ventura, M.M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, 20 (5), 383-386.
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na Psicanálise: Clínica, instituição, laço social*. Rio De Janeiro: Companhia de Freud.
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945a)
- Winnicott, D.W. (2000). Preocupação materna primária. In: D. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945b)
- Winnicott, D.W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: D. Winnicott. *O brincar e a realidade* (pp.153-162). Rio De Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945c)
- Winnicott, D.W (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas

- Dados de identificação

- Nome:
- Data de Nascimento: Idade:
- Naturalidade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:
- Religião:
- Profissão: Ocupação:

- História de vida

- Infância
- Juventude
- Relacionamentos amorosos
- Casamento
- Relação com os filhos

- Experiências antes do desencadeamento da psicose do filho

- Gravidez
- Maternidade
- Nascimento
- Filho enquanto bebê, criança e adolescente
- Relacionamento mãe-filho
- Cotidiano (cuidados com o filho, trabalho e profissão, relações familiares e sociais, lazer)

- Experiências após o desencadeamento da psicose do filho

- Estratégias atuais e modos de reação/no momento do desencadeamento?
- Cotidiano atual (cuidados com o filho, trabalho e profissão, relações familiares e sociais, lazer)
- Perspectiva atual sobre o filho
- Atual relacionamento mãe-filho
- Repercussões psíquicas e emocionais para a saúde (sintomas físicos, emocionais, mentais e queixas maternas)

- CAPS

- Processo de acolhimento e atendimento direcionados ao filho e à mãe
- Contribuições da equipe CAPS para o você, seu filho e para as mães de filhos diagnosticados com psicose

- Observações gerais e comentários da entrevistadora

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Meu nome é Simone Araújo da Silva e estou realizando uma pesquisa em nível de Doutorado intitulada “**Ressonâncias psíquicas maternas na psicose: Uma leitura psicanalítica**”, a qual será desenvolvida sob a minha responsabilidade e sob a orientação da professora Dra. Eda Marconi Custódio (PSA-IPUSP) e coorientação da professora Dra. Eliana Herzberg, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP.

Este estudo visa investigar os modos de reação simbólica e as estratégias psíquicas que as mães utilizam após o desencadeamento da psicose no filho adolescente ou adulto. Por isso, considero que você é uma pessoa importante para relatar sua experiência de cuidado e acompanhamento do seu filho no serviço de saúde mental. Caso você se interesse em participar do estudo, pedimos atenção para os seguintes esclarecimentos:

- Os encontros serão individuais e as entrevistas serão gravadas em áudio, realizados no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPS i (Rua Matrinchã nº 665, Bairro: Lagoa) e no Centro de Atenção Psicossocial Madeira-Mamoré (Avenida Elias Gorayeb, 2576, Bairro: Industrial), ambos localizados no município de Porto Velho, estado de Rondônia.

- Tudo o que for gravado e o que você me disser serão mantidos sob sigilo, ou seja, não serão divulgados nomes, endereço ou qualquer informação que possa levar à sua identificação e do seu filho, pois vocês terão garantido o direito de confidencialidade.

- Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, não precisando se justificar pela desistência e sem quaisquer prejuízos para o seu atendimento e do seu familiar no CAPS.

- Esta pesquisa não oferece qualquer risco à sua vida ou à sua saúde, mas se você se sentir desconfortável com qualquer pergunta, poderá deixar de respondê-la, sem apresentar justificativas;

- O benefício está na possibilidade você relatar sua experiência de cuidado e acompanhamento do seu filho em um momento de escuta clínica bem como contribuir para a proposição de uma estratégia clínico-terapêutica para mães de adolescentes e adultos psicóticos nos serviços de saúde mental.

- Ao término da pesquisa, a psicóloga responsável pela pesquisa se disponibilizará para que haja um ou mais encontros com você bem e garantirá a possibilidade de suporte psicológico no CAPS ou em outra instituição de saúde, caso seja do seu interesse.

- Você terá direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.

- Informamos que você não receberá nenhum pagamento pela sua participação no estudo e não haverá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

- Este documento foi elaborado em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

- Caso você tenha alguma dúvida sobre qualquer assunto da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal por meio dos telefones (069) 99296-1559/ (011) 98940-9058 – WhatsApp, por e-mail: simonearaujo@usp.br e pelo endereço institucional: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bl. A, SALA 168, CEP: 05508-030 – São Paulo – SP Tel.: (11) 3091-4356 (Secretaria de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano).

- Em caso de quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos sobre as questões éticas deste estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo CEPH/IPUSP por meio do telefone (011) 3091-4182 ou enviar um *e-mail* para ceph.ip@usp.br. Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP.

- Há pleno compromisso da pesquisadora em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa ou derivações da mesma.

- Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos e terapêuticos, visando propor uma estratégia clínico-terapêutica para mães de adolescentes e adultos psicóticos nos serviços de saúde mental. Esses resultados podem ser publicados em eventos ou outros veículos pertinentes, mas em nenhum momento seu nome e de seu filho serão mencionados ou quaisquer outras informações que possam permitir sua identificação e a dele.

A sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa, mas a decisão de participar é sua. Certos de contarmos com a sua participação agradecemos e pedimos que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Simone Araújo da Silva
Pesquisadora Responsável

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar voluntariamente da presente pesquisa e não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto. Declaro, também, ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo,

Assinatura da participante

Porto Velho (RO), _____ de _____ de 2016.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESSONÂNCIAS PSÍQUICAS MATEERNAS NA PSICOSE: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

Pesquisador: SIMONE ARAÚJO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60390816.1.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.831.581

Apresentação do Projeto:

Este estudo clínico-qualitativo busca investigar ressonâncias psíquicas maternas em mães de adolescentes e adultos psicóticos e será realizado em dois Centros de Atenção Psicossocial, no município de Porto Velho-Rondônia. Serão realizadas consultas aos prontuários bem como contatos com a equipe de instituição para a escolha das mães participantes, segundo os critérios descritos no projeto de pesquisa. Serão realizados quatro encontros com cada participante, incluindo entrevistas semi-estruturadas e aplicação de algumas pranchas do Teste de Apercepção Temática (TAT), oferecendo uma devolutiva às mães. E haverá acompanhamento posterior pela pesquisadora por algum tempo, além daquele já fornecido pelos CAPS e se necessário, de outras instituições que serão contatadas pela pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora busca investigar, com profundidade, as ressonâncias psíquicas em mães de adolescentes e jovens adultos psicóticos atendidos em CAPS. Busca também:

- identificar e analisar os modos de reação simbólica maternas após o desencadeamento da psicose no filho adolescente ou adulto e as estratégias psíquicas que as mães utilizam para enfrentar a situação atual.
- propiciar espaço de escuta às mães e contribuir para a elaboração de um dispositivo clínico-

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: cep@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.831.581

institucional a ser utilizado nos serviços substitutivos de saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Existe o risco de que surja algum desconforto para as mães, bem como formas de exposição e/ou conflitos com a equipe. A pesquisadora compromete-se a adotar procedimentos que minimizem o mal estar, colocando-se à disposição para um acompanhamento posterior, em consonância com a equipe do CAPS. Este compromisso permanecerá para os encaminhamentos que se fizerem necessários.

Como benefício, a autora avalia que poderá haver potencialização do dispositivo de matriciamento, contribuindo para a integralidade da atenção em saúde no SUS, na medida em que as ações em diversos dispositivos sejam conectadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa revela-se bem embasada e justificada em suas propostas e com a preocupação de acompanhamento posterior para que as necessidades das mães sejam atendidas e que os resultados possam ser proveitosos para as instituições.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão corretamente apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações a serem colocadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências neste projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-4182 E-mail: ceph.lp@usp.br

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**



Continuação do Parecer: 1.831.581

desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_771987.pdf	09/11/2016 17:18:29		Aceito
Outros	CARTA_CEPHIP.pdf	09/11/2016 17:18:00	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.docx	09/11/2016 16:37:13	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/11/2016 16:35:32	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoSimone.pdf	27/09/2016 15:07:33	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	13/09/2016 15:43:32	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoDivisaodeSaudeMunicipal.pdf	12/09/2016 14:14:31	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCoordenacaoEstadualdeSaudeMental.pdf	12/09/2016 14:14:17	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCAPSMM.pdf	12/09/2016 14:12:44	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCAPSi.pdf	12/09/2016 14:12:17	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestruturaCAPSMM.pdf	12/09/2016 14:09:49	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestruturaCAPSi.pdf	12/09/2016 14:09:13	SIMONE ARAÚJO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-4182 E-mail: ceph.tp@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 1.831.581

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Novembro de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 E-mail: ceph.lp@usp.br