

MIRIAN ARANTES GALLO

Comissão de Pós Graduação
em Psicologia

23 JUN 2003

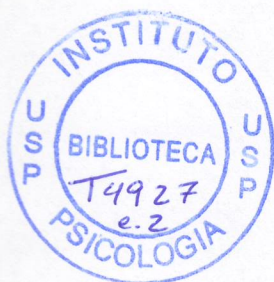
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**A TRISTEZA NO ESPELHO:
REFLEXÕES SOBRE O OLHAR MATERNO
A BEBÊS MALFORMADOS.**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP
SÃO PAULO
2003**

Mirian Arantes Gallo

A TRISTEZA NO ESPELHO: REFLEXÕES SOBRE O OLHAR MATERNO A BEBÊS MALFORMADOS.



Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Toledo Moraes Amiralian

SÃO PAULO

2003

T
RC 504
G 172t
e.2

Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP

Gallo, M. A.

A tristeza no espelho: reflexões sobre o olhar materno a bebês malformados./ Mirian Arantes Gallo. – São Paulo: s.n., 2003. – 139p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade.

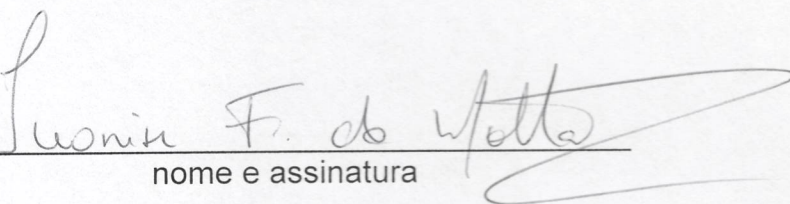
Orientadora: Maria Lúcia Toledo Moraes Amiralian.

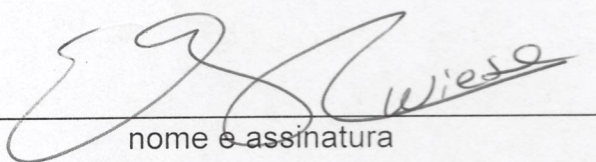
1. Psicanálise 2. Malformação congênita 3. Puerpério 4. Relações mãe-criança 5. Maternidade I. Título.

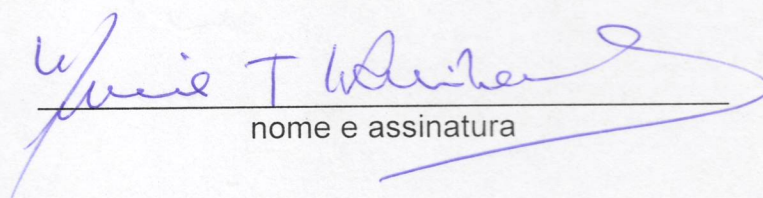
A tristeza no espelho:
reflexões sobre o olhar materno
a bebês malformados

Mirian Arantes Gallo

Banca Examinadora


nome e assinatura


nome e assinatura


nome e assinatura

Dissertação defendida e aprovada

em : 11/09/03

À minha filha, Luiza.

Agradecimentos

À minha orientadora Maria Lucia pelos ensinamentos, acolhimento, interesse e paciência.

Às professoras Ivonise Fernandes da Motta e Elizabeth Batista pelas sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

À professora Elizabeth Becker por seu interesse e fundamentais supervisões.

Ao parceiro Leonardo por seu essencial apoio, atenta leitura e presença constante.

A todas as mães que colaboraram comigo através de seus depoimentos.

A Maria José Constantino Petri por sua competência e revisão deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Zan Mustachi pela confiança, pela indicação dos sujeitos e por todos os ensinamentos.

Ao amigo Fernando pelo apoio "tecnológico".

A amiga Suely por sua cuidadosa leitura e confiança em minha capacidade.

A Carolina Bacchi pela ajuda a "distância".

A meu pai por todo apoio na finalização deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Introdução	8
I O projeto de maternidade e o pós-parto	19
II O desenvolvimento humano como visto por Winnicott	33
III O narcisismo e o nascimento de um filho com malformação	41
IV Metodologia	47
V Apresentação e Análise dos dados	54
5. 1. Caso 1	54
5. 2. Caso 2	74
5. 3. Caso 3	92
VI Discussão dos Resultados	120
Considerações Finais	128
Referências Bibliográficas	133
Anexos	138

Gallo, Mirian Arantes. A tristeza no espelho: reflexões sobre o olhar materno a bebês malformados. São Paulo, 2003. 139 p. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Resumo

O objetivo deste trabalho é investigar sobre o estado mental de puérperas de bebês com malformação congênita.

Este trabalho qualitativo propôs-se a conhecer os sentimentos, mecanismos de defesa, capacidade de identificação materna e de exercício da maternagem de três mães de bebês com malformação congênita, diagnosticada durante os primeiros quatro meses após o parto, através de entrevistas psicológicas e da aplicação do Procedimento Desenhos-Estórias sem tema, de Walter Trinca.

Os dados obtidos revelam que as mães, ao receberem a notícia diagnóstica, sentem um "choque" e se desorganizam internamente.

Mas gradativamente são capazes de se organizar através de mecanismos de defesa neuróticos como repressão, negação, racionalização, formação reativa e ou anulação. São capazes de se identificar com seus bebês e vivenciar o estado de preocupação materna primária, apesar da intensa dor e tristeza sentidas. Sentem-se sozinhas em muitos momentos e necessitam de maior apoio ambiental, seja de seus familiares, seja dos profissionais que as assistem, assim como de atendimento especializado, para melhor organizarem a ambigüidade de emoções vivenciadas.

O estado mental vivenciado pelas mães, o que o olhar materno é capaz de refletir e o lugar que cada bebê ocupa na vida de suas mães estão relacionados com a história de vida pregressa de cada mãe.

O nascimento de um filho malformado provoca uma ferida narcísica que se soma às feridas anteriores abrange e específicas de cada mãe, abrindo-as e intensificando-as. Porém, o encontro e as trocas vivenciadas com o bebê, mesmo que diferente do idealizado, estimulam e proporcionam satisfação e prazer às mães. O exercício das funções maternas assim como o recebimento de respostas do bebê são capazes de favorecer a criação de um vínculo amoroso com o bebê real, apesar da tristeza que é subliminar.

Pode-se concluir que, além do olhar materno funcionar como um espelho e ser fundamental para a constituição do bebê como indivíduo, o "olhar" que o bebê é capaz de retornar a seu precursor do espelho é também constitutivo da mãe, enquanto mãe. Este "olhar" funciona como um elo que liga olhares recebidos pelas mães de suas respectivas mães. Isto é, o olhar materno atravessa as gerações.

Gallo, Mirian Arantes. The sadness in the mirror: understanding the maternal gaze to defective infants after the birth. São Paulo, 2003. 139p. Master's Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Abstract

The main objective of this dissertation was to investigate defective infant mother's mental state. The qualitative research had focused on the feelings, defense mechanisms, capacity for identification and motherhood of three mothers of defective infants, who were diagnosed in the first four months of life. The data was obtained through clinical interviews and Walter Trinca's drawings technique.

The data revealed that mothers experienced disorganization after receiving the infant's diagnosis. However, by using neurotic defense mechanisms as repression, denial, rationalization, reaction formation, and isolation of affect, they gradually were able to identify with their babies and experience primary maternal concern, beyond their sadness. In spite of this, they felt lonely and needed more environmental containment from the family and professionals in order to understand and work through the ambivalence of their feelings.

The mother's mental state that allows primary maternal concern is related to her own background history. By giving birth to a defective baby, the mother re-experiences previous narcissistic wounds, which may create difficulties for her to relate to her baby. However, the repetitive encounters between mothers and defective babies stimulated pleasure and satisfaction, which allowed the establishment of motherhood and sustained the attachment between mother and the "real" baby. The study concludes that, even though the mirroring function of maternal gaze is constitutive of infant's subjectivity, the infant's gaze is also necessary for the establishment of motherhood.

INTRODUÇÃO

A idéia desta dissertação surgiu de minha experiência anterior como professora de Psicologia, em uma universidade particular, na cidade de São Paulo, na disciplina denominada Pacientes Especiais, ministrada no último ano de graduação do curso de Odontologia.

A denominação de Pacientes Especiais em Odontologia refere-se a pacientes com deficiências visuais, auditivas, mentais, físicas ou motoras, psicóticos, pacientes com distúrbio global do desenvolvimento, gestantes, cardiopatas, portadores do vírus HIV, pacientes geriátricos, pacientes com câncer ou renais crônicos. A especificidade das condições desses pacientes requer, por parte dos dentistas, uma outra forma de posicionar-se diante deles.

A disciplina é composta por equipe multidisciplinar, formada por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo.

Tal disciplina (Pacientes Especiais) tem como objetivo ampliar a formação do cirurgião-dentista brasileiro, possibilitando que este profissional se torne mais bem preparado para fornecer atendimento odontológico a esta população, oferecendo aos alunos de Odontologia conhecimentos teóricos de áreas afins, para levá-los a compreender e conhecer os pacientes de forma mais abrangente, não só como cavidades bucais. Essa disciplina tem também como objetivo, oferecer subsídios para que os alunos possam adequar sua técnica e conduta às capacidades e limitações dos pacientes e compreender a necessidade de encaminhamentos a outros profissionais, visando proporcionar saúde, segundo a definição atual da Organização Mundial de Saúde, como bem estar bio-psico-social.

O curso divide-se em aulas teóricas e em prática clínica ambulatorial, realizada pelos alunos-estagiários e supervisionada *in loco* pela equipe de professores.

Semanalmente, após duas horas de aula teórica, os alunos atendem individualmente três pacientes durante um período de três horas. O atendimento é realizado na clínica odontológica da universidade, montada com cem equipos odontológicos, separados por uma divisória de um metro de altura.

Os alunos realizam, nos primeiros encontros, uma anamnese clínica que visa conhecer o paciente como um todo. A ficha de anamnese busca obter informações do histórico médico, odontológico e relacional dos pacientes.

Após a realização da anamnese, os casos são discutidos em grupos de supervisão com os professores: o dentista responsável pelo grupo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo.

Como é da prática odontológica, os alunos-estagiários solicitam a presença do professor para tirar dúvidas e acompanhar os casos durante os atendimentos.

Diante desta prática, nós professores de outras áreas, nos adaptávamos à conduta de ensino odontológica e, durante os atendimentos realizávamos intervenções, relativas às nossas áreas de conhecimento, ou simplesmente observávamos. Não era função dos professores de áreas afins proporcionar atendimentos, nem avaliações complexas, e sim levar os alunos a desenvolver um raciocínio clínico e perceber a necessidade de encaminhamento para serviços especializados.

Minha função, como professora de Psicologia, consistia em transmitir o conteúdo ministrado nas aulas teóricas e ajudá-los a refletir sobre a relação aluno-paciente, através de observação dos

atendimentos. Além das discussões de casos clínicos em grupos e individualmente, favorecendo assim a articulação entre teoria e prática.

No início do ano letivo os alunos mostravam dificuldades de relacionamentos com os pacientes com deficiências, tanto por inexperiência, como por falta de conhecimento e de contato com pessoas com deficiência.

Todos os pacientes, independentemente da faixa etária, compareciam à clínica, acompanhados por um responsável, na maioria das vezes pelas mães. Principalmente nas primeiras sessões para que respondessem a anamnese.

O atendimento odontológico era aberto a qualquer faixa etária, porém a maioria da população que procurava este serviço era superior a quatro anos de idade.

No decorrer destes onze anos de trabalho, os aspectos que mais me despertaram interesse foram os que diziam respeito ao relacionamento mãe – filho com deficiência.

Os relatos das mães sobre como haviam reagido à notícia de deficiência nos filhos sempre me chamaram atenção. Nestes relatos freqüentemente estava presente o discurso do quanto havia sido difícil receber a notícia de que o filho possuía uma deficiência. As mães faziam referências às falas dos médicos ao darem o diagnóstico e às suas grandes dificuldades iniciais em cuidar dos filhos: "... aos poucos eu fui podendo conhecê-lo", ... "... não é bem como o médico havia dito, ele aprende muitas coisas...",... "... agora eu sei o que ele consegue e o que nunca irá conseguir fazer",... "no começo foi muito difícil, eu não sabia cuidar dele...", "...no início foi um choque.", ... "no início foi um baque".

Esses discursos demonstravam uma diferença entre os momentos iniciais do encontro da mãe com seus filhos com deficiências e o

momento da consulta odontológica. Nessa diferença havia um percurso de dificuldades, de um desconhecimento sobre quem era aquela criança não idealizada que acabara de nascer e ainda havia uma ambigüidade de emoções. O momento inicial referia-se a experiências de desilusão e de decepção com o filho encontrado.

Nas supervisões, discutíamos o quanto era importante observar o conteúdo e a forma de como as mães relatavam a trajetória da relação com o filho. Desde o planejamento ou não da gravidez, o nascimento, o parto, a notícia da deficiência do filho até o momento atual. Observávamos com grande freqüência que as mães que relatavam abertamente as dificuldades iniciais em serem mães de filhos com deficiências, apresentavam uma relação mais afetiva com seus filhos durante os atendimentos. Em contrapartida, observávamos aquelas mães que não relatavam tais dificuldades e apresentavam oscilação entre comportamentos afetivos e compreensivos, em relação ao filho, e demonstravam comportamentos hostis.

Por exemplo, a mãe de um menino de oito anos, com Síndrome de Down, a quem chamarei de A, relatou-nos, que no início chorava muito, acreditando que seu filho não conseguiria aprender nada e que não seria capaz de gostar dele. Aos poucos, foi conhecendo-o, aprendendo com ele sobre o que era capaz ou não.

A mãe de A, apresentava-se bastante atenciosa e cônica das dificuldades e capacidades de seu filho, que cursava pré-escola desde os seis anos e havia iniciado tratamento fonoaudiológico na clínica escola da mesma universidade, na faculdade de fonoaudiologia. A era alegre, interessado (perguntava sobre todos os instrumentais e procedimentos) e cooperativo durante o tratamento odontológico.

Em contrapartida, o mesmo aluno-estagiário atendia um outro paciente também com oito anos de idade e Síndrome de Down, a quem

chamarei de B, que literalmente lhe “chutou a canela” três vezes no decorrer do ano letivo. Este aluno perguntava: Por que professora, um paciente é tão legal e o outro é tão difícil, se ambos apresentam a mesma síndrome? Ao que eu lhe respondia: A forma como nós nos comportamos, não nos é determinada geneticamente, não está marcada nem no cromossomo 21, nem em nenhum outro cromossomo. As diferentes teorias psicológicas nos ensinam sobre a importância das experiências ambientais na determinação de nossas personalidades e comportamentos.

A mãe de B, relatou-nos que não se lembrava de quando compreendeu que seu filho tinha Síndrome de Down, (recebeu o diagnóstico ainda na maternidade), que sempre soube que ele era diferente e que se incomodava com a reação das pessoas. Apresentava oscilação entre comportamentos carinhosos e hostis em relação ao filho, que não freqüentava escola, apresentava-se retraído, agressivo e pouco participativo.

Diante de casos semelhantes a estes e através de uma análise mais aprofundada, perguntava-me:

- De que forma a reação inicial da mãe à malformação do filho, marca a trajetória da relação? De que maneira o olhar materno pode transformar-se?

- Será que se a mãe de B tivesse tido oportunidade de entrar em contato com a ambigüidade de suas emoções (amor-ódio/culpa), após o nascimento de B, o par mãe - bebê teria uma história diferente?

Paralelamente ao trabalho nesta universidade, venho mantendo prática clínica em consultório particular e aprofundando meus estudos em psicanálise, inicialmente na teoria freudiana e posteriormente nos conceitos de Winnicott.

Após minha licença maternidade na faculdade (fato pessoal que também é fundamental por meu interesse neste trabalho, em que me vi profunda e prazerosamente envolvida com o exercício da maternidade,) procuraram o serviço de Pacientes Especiais para atendimento odontológico, um casal, a avó paterna e nosso novo paciente de dois meses e meio de idade, a quem chamarei de P.

Convém salientar que era incomum sermos procurados por pacientes tão jovens, visto a ausência de dentes nesta faixa etária.

P apresentava uma malformação congênita, neste período sem diagnóstico, com inúmeros sintomas, tais como:

- Erupção precoce dos incisivos centrais;
- Rosto em formato de coração;
- Retrognatismo;
- Malformação da calota craniana (aberta);
- Malformação dos pés (voltados para dentro).
- Fenda palatal

P e sua família mobilizaram o interesse de toda a equipe, visto que estávamos diante de um paciente sobre o qual pouco conhecíamos.

Naquele momento não sabíamos sobre a existência ou não de comprometimentos neurológicos, desconhecendo suas potencialidades para desenvolvimento físico, motor, da linguagem e cognitivo.

P apresentava grandes dificuldades para alimentar-se e seu jovem pai (21 anos), estudante do segundo ano colegial, desenvolveu sozinho, uma adaptação doméstica da sonda hospitalar, após observá-lo ser alimentado no hospital em seus primeiros quinze dias de vida e nos dez dias seguintes já em casa, após alta da maternidade, ele passou a alimentá-lo por dezoito horas diárias com um conta-gotas. Essa adaptação da sonda hospitalar criada pelo pai de P, era introduzida em

sua boca dando-lhe leite, com a qual P não chorava mais de fome e começou a ganhar peso.

P freqüentou nosso serviço por dois anos, desde a terceira semana sempre compareceu acompanhado por seu pai, sua mãe nunca mais compareceu às sessões e foi-nos relatado que havia retornado às suas atividades profissionais, o que a impossibilitava de acompanhá-lo.

O pai de P deixou de trabalhar e estudar durante este período, dedicando-se exclusivamente aos cuidados do filho.

O trabalho odontológico foi realizado, foi-lhe confeccionado especialmente um aparelho para fechamento artificial da fenda palatal, com manutenção através de sessões quinzenais para alargamento do aparelho proporcional ao seu crescimento ósseo.

Aos seis meses, P sentava-se sem apoio, apresentava peso e estatura pouco abaixo da média, mandava beijinhos, segurava objetos e se relacionava cognitiva e emocionalmente dentro dos padrões esperados.

Com um ano e meio andava com dificuldades e aos dois anos foi submetido a uma cirurgia ortopédica corretiva, com sucesso.

Foram-lhe indicadas cirurgias plásticas a serem realizadas na adolescência, em função de sua assimetria facial, a qual lhe confere uma aparência estética desagradável.

Pode-se dizer que, neste caso, a função materna foi realizada pelo pai. Refiro-me aqui, como função materna, ao exercício dos cuidados iniciais que um bebê humano necessita para se desenvolver.

Foi consenso entre todos os profissionais que atenderam P durante aquele período, no qual mantivemos contato, que sua sobrevivência e desenvolvimento dependeram da dedicação dada por seu pai.

Quando conheci P e seus familiares, encontrava-me em pleno exercício do que chamamos de função materna (como citei

anteriormente). Isso me levou a estar identificada, em certa medida, com este pai. A partir dessa posição pude refletir sobre as **especificidades da função materna e, sobretudo, sobre a função materna com um bebê malformado**, em particular, sobre o caso de P, que necessitou concretamente de uma **adaptação ativa**, inteligente e criativa que **atendesse** e satisfizesse **suas necessidades** alimentares e demais.

Diante deste exemplo e de minha experiência pessoal de maternidade de uma criança saudável, levantei as seguintes questões:

- Como uma mãe, logo após o parto, lida com o nascimento de um filho visivelmente diferente das expectativas sonhadas durante a gestação?
- Qual o olhar que a mãe é capaz de espelhar?
- As mães (e pais) relatam uma tristeza inicial. Em que intensidade é esta tristeza? Como e quando ocorre uma mudança de sentimentos?
- Qual sua capacidade de se adaptar às necessidades de seu bebê com malformações?

Nesse período concomitante ao atendimento de P, recebemos um outro casal e sua filhinha de um ano e dois meses com fenda facial.

Nossa paciente, a quem chamarei de M, havia sido submetida imediatamente após seu nascimento a uma cirurgia, visto ter nascido com a face fendida.

Desenvolvia-se também dentro dos padrões esperados para sua idade em termos de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Sua mãe apresentava uma cicatriz no lábio, em função de ter nascido com fenda labial e palatal.

A aparência física de M chamava bastante a atenção, visto que apresentava uma cicatriz funda no centro de seu rosto, marcando testa,

nariz, boca e queixo. Uma cicatriz unindo as duas metades de seu rosto.

Sua mãe disse-me uma vez: "... sofremos muito quando ela nasceu, por causa do medo da cirurgia, eu tinha tanto medo que ela morresse.... o que me confortava é que eu também havia feito várias cirurgias quando criança e sobrevivi. Então minha filha, também agüentará? E agüentou, olha como ela está bem".

Em outro momento ela me relatou novamente: "... todos dizem que M é a minha cara".

Estes relatos diziam respeito a um mecanismo psíquico fundamental ao exercício da função materna. A **identificação** da mãe com seu bebê. Uma mulher precisa identificar-se com seu bebê, ou seja, reconhecer semelhanças do bebê consigo mesma, com o pai da criança, com sua família e a de seu parceiro, para acolher este novo bebê como seu.

Com este outro exemplo pretendo explicitar outro questionamento:

- As mães possuem capacidade de identificar-se com seus bebês com malformações? Existem especificidades neste processo?

Após ausentar-me da referida Universidade, por razões outras, vi-me compelida a continuar trabalhando, estudando e investigando sobre tais questões.

Baseando-me no pressuposto psicanalítico de forma geral e especificamente na teoria de D. W. Winnicott, de que as bases da vida psíquica saudável relacionam-se com um ambiente favorável ao desenvolvimento do potencial de cada ser e que inicialmente o ambiente é representado pela figura da mãe (quem cuida do bebê), ingressei no mestrado com o objetivo de pesquisar sobre as especificidades da maternidade de bebês malformados durante este período inicial.

Minha experiência nesta área me indicava que, a maioria das mães relatava textualmente que haviam se decepcionado, se entristecido inicialmente com o nascimento e encontro com seus bebês malformados, mas que em algum momento ("...aos poucos...", "... fui conhecendo-o"....), puderam identificar-se, reconhecer e cuidar de seus bebês.

A partir de então, iniciei um trabalho voluntário no departamento de Genética do Hospital Infantil Darcy Vargas, com a intenção de estar com as mães no primeiro semestre de vida de seus bebês, para acompanhar o princípio do exercício da maternidade deste novo filho. Para acompanhar o início da história do par mãe-filho com malformação congênita.

Meu interesse nesta área é amplo, porém por hora tenho como objetivo **compreender o que ocorre internamente com as mães e qual o olhar que são capazes de espelhar a seus bebês malformados, durante o puerpério.**

Canção da Imortalidade

*Os filhos que tive são adultos,
com filhos que também tiveram: sangue
e cílios,
jeito de andar, gesto
e gosto nesta vida estão nessas carnes que pari.*

*Através elas olham-me o amado morto,
a avó perdida, e o mistério de tudo
que sempre me assombrou. Rosa de espantos,
catavento de traços espalhados
como num milagre de multiplicação, cheio de surpresas: porque ali
naquele olho azul me vejo, naquela fina mão te vejo,
amado meu, como eles se verão futuramente
quando nós formos apenas sombra
na memória.*

Lya Luft (1997, p.37).

I O Projeto de Maternidade e o Pós Parto

Antes de discutir sobre as especificidades da maternidade de um bebê com malformação congênita, gostaria de propor uma reflexão sobre o que é ser mãe? O que mobiliza o desejo de uma mulher em ter um filho? Esse desejo é marcado pelas experiências individuais, culturais. Porém, sobredeterminado pelas representações inconscientes.

Nesse sentido, o desejo de ser mãe e, conseqüentemente, ter um filho, apontaria para aquilo que a Psicanálise chamou de satisfação narcísica. Ou seja, a criança ocuparia um lugar para o desejo materno como um ser investido libidinalmente de expectativas futuras.

Para ilustrar essa idéia recorri na literatura ao *O Mahabharata*, (Carrieri, 1993), principal texto sagrado da religião hindu, cujo título pode ser compreendido como A Grande História da Humanidade, o qual traz em uma passagem, a afirmação de que o pai renasce na pessoa do filho, pela implantação de sua semente no útero, sob a qual concebe a si mesmo. Esta afirmação ilustra a possibilidade de continuidade da própria existência projetada no filho, dando um sentido de descendência e de imortalidade ao ser humano.

Esta passagem nos remete ao conceito de narcisismo introduzido por Freud, em 1914. Em seu artigo *Sobre o narcisismo: Uma Introdução*, Freud (1914/1976) discutiu, entre outras questões, a hipótese da existência da separação entre os impulsos sexuais e os impulsos do ego, conceituando o termo narcisismo (amor a si mesmo) não mais no sentido de perversão, como descrito até então, e sim como um complemento do impulso de autopreservação, considerando-o uma localização da libido (no próprio ego), desde o início do desenvolvimento humano.

Postulou ainda a existência de um narcisismo primário em todos os seres humanos.

Segundo Freud (1914/1976), ao nascimento não existe um ego, este terá que ser desenvolvido a partir dos instintos já presentes ao nascimento através da **ação**, da “*narcisição*”, da “*libidinização*” materna. Diz ele:

... estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos autoeróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário, que algo seja adicionado ao autoerotismo – **uma nova ação psíquica** – a fim de provocar o narcisismo. (1914/1976, p. 93). (grifo meu).

Pode-se compreender que esta **nova ação psíquica** é a ação materna, através de seus cuidados e investimento amoroso.

O ser humano nasce em um estado total de desamparo; diferentemente das demais espécies animais, ele necessita de um outro que cuide dele para que sobreviva, desenvolva-se física e psiquicamente.

Através dos cuidados maternos (ou de seu substituto) o bebê humano será banhado, investido da libido materna, possibilitando seu desenvolvimento.

O bebê será o âmago e o centro das atenções – como diz Freud (1914/1976), o bebê será inicialmente a figura central, será “*A Majestade o Bebê*”.

Em *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução* (1914/1976), Freud escreve ainda, que os pais reconhecem na criança uma reprodução do seu próprio narcisismo, sendo compelidos a atribuir todas as perfeições ao filho, renovando esperanças, oferecendo-lhes experiências que não tiveram, imaginando que a criança poderá concretizar sonhos por eles

não realizados, concebendo-o como um caminho para sua própria imortalidade.

Em suas palavras:

No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, (...), nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior. (1914/1976, p. 108)

Depois de Freud outros psicanalistas também se debruçaram sobre esta questão e apontaram diferentes razões que fazem com que uma mulher deseje um filho em nossa cultura.

Brazelton (1992) em *As Primeiras Relações* levantou sete motivações que mobilizam as mulheres a desejarem ter um filho:

1) Por identificação com a mãe, através de sua experiência pessoal, algo expresso desde pequena em suas brincadeiras com bonecas;

2) Pelo desejo de ser completa e onipotente. Compreendido como um desejo narcísico de completude, no qual a mulher, ou melhor, a mãe, vê a criança desejada como extensão de si mesma, no qual a criança dá nova potência a sua imagem corporal que “pode ser orgulhosamente exibida”;

3) Pelo desejo de fundir-se e ser um com outro indivíduo. Compreendida como o desejo de retornar à unidade com sua própria mãe. “O futuro bebê encerra em si a promessa de relação íntima, de realização de fantasias infantis”;

4) Pelo desejo de espelhar-se na criança, explica-se pela esperança de imortalidade. Revela seu vínculo com seus ancestrais através do nome, que conta sobre sua própria filiação;

5) Pela realização de ideais e de oportunidades perdidas. Que se expressa pelo sonho de que o filho tenha sucesso no que fracassou.

O bebê sonhado, desejado é o símbolo da perfeição, que dá continuidade à busca da onipotência, de seus tempos de "A Majestade o Bebê";

6) Pelo desejo de renovar antigos relacionamentos.

As crianças normalmente trazem consigo o potencial de dar vida nova a antigos relacionamentos. Em cada novo bebê esperado, os pais vêem a possibilidade de reviver antigos relacionamentos. São projetados no bebê sentimentos e relacionamentos inconscientes dos pais;

7) É finalmente a oportunidade de substituir e separar-se da própria mãe. Através da maternidade a mulher realiza um antigo sonho de ser igual a sua própria mãe, revertendo sua posição submissa e sentimento de inferioridade no conceito edípico.

O autor levanta, portanto, várias razões profundas que mobilizam a mulher contemporânea a desejar um filho. Penso que em todas está relacionada direta ou indiretamente uma satisfação narcísica.

Durante os nove meses de gestação, há uma espera fantasiada da criança perfeita.

Cada casal em cada gestação tem mobilizações conscientes e inconscientes fantasiadas no bebê esperado. Fantasias estas que marcam o lugar que este bebê ocupará no seio de sua família e que marcarão a história deste novo ser.

A expectativa do nascimento de uma menina ou de um menino, a escolha do nome, as expectativas e comentários sobre o signo de nascimento, com quem o bebê parecerá, a história do casal, se a gravidez foi planejada ou não, se é primeiro, segundo ou quinto filho. Todos estes aspectos que normalmente banham (e devem banhar) uma gravidez revelam e preparam o lugar que este bebê ocupará ao nascimento. Assim como a trajetória da gravidez, o parto, o estado econômico, a presença ou não do pai.

Todo o histórico dos pais e de suas famílias de origem é fundamental, assim como o momento atual que cada um dos pais e o próprio casal vive. Porém ser mãe é algo que não pode ser vivenciado sem a presença do filho. Ser mãe se dá a partir do encontro com o bebê.

Em 1998, D'Antino, pesquisadora brasileira, ao escrever sobre instituições e famílias afirmou:

... Ao nascer um filho, gestado física e psicologicamente "nasce" com ele uma nova condição da mulher e do homem, "nasce" a condição do SER: pai e mãe, posto que não se aprende a ser pai e mãe, senão o sendo..."
"... Do ponto de vista emocional, o nascimento de um bebê já é por si mesmo um fato carregado de repercussões psicológicas específicas em uma família. (1998, p.32).

As características inatas do filho encontrado, também irão exercer influências sobre a forma daquela mulher ser mãe daquele bebê. Ou seja, a presença de deformidades físicas e de comprometimentos orgânicos, assim como se o bebê é do sexo masculino ou feminino, se tem olhos claros ou castanhos, inicialmente já serão fonte de satisfações e insatisfações narcísicas dos pais, as quais exercerão influências ao olhar materno e conseqüentemente à história que será estabelecida entre o par mãe-bebê.

Citando D'Antino (1998) novamente:

Sabe-se que ao conceber e gestar um filho, concebe-se e gesta-se também a idéia do filho sadio, belo, inteligente, forte. Idealiza-se o filho como um ser capaz de fazer e/ou refazer tudo quanto não foi possível de ser realizado pelos pais. Projeta-se no filho o ideal estético, ético, intelectual, profissional e social o qual, como "super-homem" ou "mulher maravilha", deverá dar conta de satisfazer toda gama de projetos idealizados pelos pais. (1998, p. 31).

Sabemos que bebê algum corresponderá às expectativas “nele” projetadas. Que bebê algum poderá ser o bebê idealizado por seus pais.

Myrian Szejer (1997 e 1999), psicanalista francesa que trabalha em maternidade, propõe um trabalho inovador, aparentemente com excelentes resultados. Ela interpreta os bebês e também suas mães. Interpreta? Sim. Dá palavras, conta aos bebês e a seus pais suas histórias, dando significado aos sintomas apresentados pelos recém-nascidos. Diz ela:

A interpretação pode ser endereçada aos pais ou à criança, conforme o caso; de qualquer forma, os dois (ou três) a terão escutado e entendido. É preciso insistir na presença do recém-nascido, no sentido em que se diz que um ator tem presença. A criança pode reagir a uma palavra que a toque com um movimento de cabeça, um espasmo, um grito... (Szejer 1999, p.146).

A mesma autora nos conta, através de sua experiência de aproximadamente vinte anos em uma maternidade francesa, que a maioria das mães (cerca de 80%) apresentam no terceiro dia pós parto – o *baby blues*. O blues do bebê (melodia melancólica). Um estado de “depressão” materna, diferente da depressão clássica, provocado pelo encontro com o recém nascido.

A presença do bebê provoca na mãe um estado de fragilidade e de hiper emotividade no qual a mulher se derrama em lágrimas de uma hora para outra, por um pequeno motivo e posteriormente volta ao humor normal. O choro e a tristeza são intermitentes e acompanhados de falta de confiança em si e por um sentimento de incapacidade de cuidar do filho.

Ela afirmou que não são apenas os hormônios que provocam tal reação emocional, visto que as mães adotivas também apresentam o

baby blues, assim como mães de bebês que necessitam permanecer hospitalizados só o apresentam no terceiro dia após a alta do bebê.

Szejer acredita que no momento do nascimento os pais não são capazes de ver o filho, segundo ela não observam se os bebês têm malformações. “Tudo ocorre como se acolhessem o filho que imaginaram durante nove meses, e não o que está ali, com toda sua singularidade”.

Ela se pergunta se três dias representam tempo necessário para a mãe compreender que o bebê é um outro, diferente do imaginado. Acredita que há a necessidade deste tempo para a mãe tomar consciência de sua singularidade e de sua demanda em relação a ela – da necessidade que tem de seus cuidados.

Acredita que, para a maioria das mães, o *baby blues* se inicie após o tempo necessário para que possam se recuperar da experiência do parto, das visitas e começar a estar em contato com seus bebês e então **agora será a hora** de pôr em prática tudo que foi idealizado durante a gestação, não apenas em relação ao bebê, mas também de como serão como mães. Será igual a sua mãe? Melhor do que ela? Conseguirá cuidar daquele ser frágil que depende totalmente dela?

As ilusões narcísicas que inundam de esperança a gestante (sejam primíparas ou não) são diminuídas pela presença do recém-nascido e as puérperas são geralmente invadidas por um medo de fracasso, que já se fazia presente durante o terceiro trimestre de gestação, mas que foi suprimido e adiado para o pós- parto.

O *baby blues* é um quadro comum, segundo Szejer, necessário para que a mãe possa **ver** o bebê real e adaptar-se às suas necessidades. A presença do bebê provoca na mãe um emaranhado de emoções que oscilam entre o prazer dos cuidados maternos, da satisfação em ter o

filho nos braços e a compreensão de sua responsabilidade para com a sobrevivência e saúde de seu recém-nascido.

Geralmente o *baby blues* – em uma semana a um mês se desfaz, dentre os inúmeros cuidados que o recém-nascido exige e neste momento, sim, o exercício da maternidade ocorre realisticamente, no qual pode-se olhar para o bebê, “*narcisizá-lo*” (investimento amoroso), como nos ensina Freud, e conhecê-lo com suas características e necessidades.

Stern (1997) postulou que a maioria das mulheres em nossa cultura, após o nascimento de um bebê, entra em uma nova e única organização psíquica, a qual denominou de **constelação da maternidade**.

Esta nova organização psíquica determinará uma nova série de tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos, sendo temporária com variação de meses ou anos. Durante este período, esta nova constelação é o eixo organizador dominante para a vida psíquica da mãe e empurra para o lado as organizações ou complexos nucleares anteriores importantes, como o complexo de Édipo, por exemplo, que ocupa o eixo central na organização das psiconeuroses, exceto esse período.

A constelação da maternidade refere-se a três preocupações e discursos diferentes e inter relacionados, que ocorrem interna e externamente. São eles:

1. O discurso da mãe com sua própria mãe (particularmente com sua mãe – como mãe para ela quando criança).
2. O discurso consigo mesma como mãe.
3. O discurso com o bebê.

Esses três discursos compõem uma trilogia da maternidade.

Com o nascimento do bebê, a nova mãe vivencia um profundo realinhamento, no qual interesses e preocupações passam a se relacionar mais com sua mãe e menos com seu pai; mais com sua mãe, como mãe, e menos com sua mãe como mulher ou esposa; mais com as mulheres em geral e menos com os homens; mais com o crescimento e desenvolvimento do filho e menos com sua carreira; mais com o marido, como pai e contexto protetor para ela e o bebê e menos com o marido, como homem e amante; e mais ao bebê, e menos a quase tudo que a circunda. Uma nova tríade psíquica se organiza durante a gravidez e principalmente após o nascimento do bebê a qual passa a existir como eixo central organizador: a própria mulher como mãe, sua mãe, como mãe, e o bebê.

Penso que seja importante introduzir aqui junto ao pensamento de Stern, um parêntese, sobre uma importante contribuição do Psicanalista inglês Donald Winnicott. Em 1964, Winnicott publicou um texto importante de sua obra: *Este Feminismo*. Neste artigo, Winnicott escreveu que, para toda mulher através da identificação com a mulher que cuidou dela quando bebê, há sempre três mulheres: a) o bebê menina, b) a mãe e c) a mãe da mãe. A mulher já começa sendo três. Está presente nesta série geracional infinita (menina, mãe e avó).

Para Winnicott, em uma mulher há sempre três mulheres, por sua identificação com aquela primeira mulher que inicialmente cuidou dela, independentemente de ser mãe ou não. Para Stern quando uma mulher é mãe e vivencia esta nova organização psíquica, quatro temas fundamentais se reúnem à trilogia da maternidade, são eles:

1. Tema vida – crescimento: Se a mãe será capaz de manter a vida e o crescimento do bebê. O que está em jogo é se a mãe será capaz de ter sucesso como animal humano. Esse tema gera uma série de medos. Medo de que o bebê morra, que não coma e definhe, que

não beba e desidrate, de que caia porque não é suficientemente protetora. Em resumo de que cometa um assassinato por inadequação. Ou teme ainda que o bebê sobreviva, mas que não se desenvolva bem, ou que seja substituída por uma mãe melhor. O medo é do fracasso.

2. Tema relacionar-se primário: Se a mãe será capaz de se envolver emocionalmente com o bebê de maneira autêntica e se esse desenvolvimento assegurará um desenvolvimento psíquico que ela quer para o bebê.

Se a mãe será capaz de amar o bebê. Se poderá sentir que o bebê a ama. Se poderá reconhecer e acreditar que ele é realmente o seu bebê. Se conseguirá entrar no estado que Winnicott denominou de preocupação materna primária (veremos mais a frente), em que desenvolve uma sensibilidade aumentada e se identifica intensamente com seu bebê, a fim de responder melhor as suas necessidades.

Para Stern (1997), o relacionar-se primário refere-se às formas de relacionamento que ocupam o primeiro ano de vida do bebê, anterior à fala. Diz respeito ao estabelecimento de laços humanos de apego, segurança e afeição que são transmitidos pré-verbalmente. Esses elementos principais: do relacionar-se primário, precisam estar bem estabelecidos antes que a palavra e os símbolos comecem a fazer parte da vida mental do bebê. Essa tarefa materna é realizada sob a influência da constelação da maternidade.

3. Tema matriz de apoio: Se a mãe saberá como criar e permitir os sistemas de apoio para cumprir essas duas funções, de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico. Há tempos a matriz de apoio era uma mulher e uma rede maternal. Atualmente os homens desempenham esse papel. O papel de apoio psicológico é um papel maternal. Suas funções são: a) proteger a mãe fisicamente e prover necessidades vitais, a fim de que possa permanecer afastada

por um período das exigências da realidade externa e dedicar-se às duas primeiras tarefas e b) proporcionar à mãe que se sinta apoiada, valorizada, apreciada e acompanhada. Sem esse apoio a função materna ficará comprometida.

No período pós-parto, durante a constelação da maternidade, o principal envolvimento psicológico da mãe (além de com o bebê) é com as figuras maternas (reais ou fantasiadas) de sua história de vida. Durante esse período, o relacionamento com sua própria mãe sofre reativação e reorganização.

A principal fonte de medo refere-se à incapacidade de criar ou manter a matriz de apoio, de ser criticada, desvalorizada e ou abandonada, ou até mesmo de que alguém possa superá-la em seu papel e venha a sentir a perda do bebê ou de seu amor.

A mulher pode temer que o marido passe a competir com o bebê e temer que ele fuja.

4. Tema reorganização da identidade: Se a mãe será capaz de transformar sua auto-identidade para permitir e facilitar essas funções.

A nova mãe deve mudar seu centro de identidade de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente.

Essa nova identidade como mãe exige um novo trabalho mental, em que irá reviver a longa história de suas identificações com sua mãe e com as outras figuras maternas, em busca dos modelos necessários para o exercício da maternidade.

A constelação da maternidade não é universal, nem inata. Em outras épocas históricas e culturais tais temas e tarefas foram muito diferentes. Apesar das alterações hormonais, as condições sociais são as que parecem desempenhar o papel dominante na constelação dessa nova e específica organização psíquica.

Soifer (1980) definiu o puerpério como uma situação de delimitação entre o perdido – a gravidez e o adquirido – o filho.

O puerpério é um período em que a mulher se vê diante de um processo regressivo em relação a sua própria lactação, em que apresenta alternância de emoções frente às fantasias idealizadas durante a gestação (ou até mesmo desde o tempo em que brincava com bonecas) e a realidade de ser mãe daquela criança a quem se dedica quase que exclusivamente.

O pós-parto refere-se, para a maioria das mulheres, a um momento maravilhoso, prazeroso, mas é também um momento em que várias emoções e mecanismos são despertados e ativados.

Citando Maldonado (1981):

... o bebê ao nascer se constitui num enigma: representa esperança de auto-realização para os pais e ao mesmo tempo ameaça de expor as dificuldades ou deficiências dos pais; implica, portanto, numa promessa de aumentar a auto-estima dos pais e, ao mesmo tempo, de denunciá-los como pais maus. (1981, p. 72).

“Neste período a mulher torna-se especialmente sensível, muitas vezes confusa, até mesmo desesperada; a ansiedade e depressão reativa é extremamente comum”. (1981,p.66)

O puerpério é, portanto, um período que possui especificidades que serão demarcadas pela subjetividade de cada mulher. As transformações são também de ordem física, além da nova constelação psíquica que se organiza.

Mas, e quando no pós-parto a mãe se encontra com um bebê malformado?

Ao entrar em contato com seu bebê malformado, visível e marcadamente diferente das expectativas idealizadas durante a gestação, a nova mãe terá maior tendência a desenvolver um estado

depressivo e até mais prolongado, diferentemente do comum *baby blues*?

Quais os mecanismos psíquicos envolvidos na maternagem de um bebê malformado?

Existem especificidades em relação aos temas e discursos da constelação da maternidade, quando a nova mãe se vê diante de um bebê malformado? Quais são?

Acredito que a proposta desenvolvida pelo psicanalista inglês D. W. Winnicott sobre a importância da mãe no momento inicial do desenvolvimento do bebê humano seja crucial para a complementação do corpo teórico deste trabalho.

Winnicott iniciou sua carreira como pediatra e, a partir de sua prática clínica, interessou-se por psicanálise. Este autor deixou em sua obra uma vasta contribuição sobre o desenvolvimento emocional primitivo do ser humano, ressaltando a importância das funções maternas e da função especular para a constituição do indivíduo e de seu desenvolvimento saudável.

Winnicott tornou-se referência para estudos e análises do desenvolvimento emocional precoce. Qualquer trabalho que se disponha a tratar sobre relação mãe-bebê, ou sobre os aspectos que se relacionam à maternidade não pode deixar de, pelo menos, citar este autor.

Conceitos tais como identificação primária, preocupação materna primária, o estado psíquico especial que envolve o final da gestação e o pós-parto, fase de dependência absoluta, processo de ilusão-desilusão, função especular da mãe, função do pai como apoio para mãe durante o puerpério são conceitos centrais de sua obra, que estão relacionados e complementam os autores citados anteriormente.

Para Winnicott, o bebê humano necessita de um ambiente que favoreça seu potencial inato para que possa desenvolver-se. Este ambiente inicialmente é representado pela figura da mãe e esta deve ser suficientemente boa para favorecer o desenvolvimento do potencial do bebê.

Penso que para nortear a discussão deste trabalho seja de suma importância apresentar brevemente o pensamento desse autor, principalmente ao que se refere às funções maternas do início do desenvolvimento humano, pois este período relaciona-se ao momento vivenciado pelas mães por mim investigadas.

Vejamos agora uma síntese de sua proposta teórica.

II O Desenvolvimento Humano como Visto por Winnicott

Winnicott, em sua teoria desenvolvimentista, postulou que o desenvolvimento humano ocorre como uma interação entre as condições orgânicas, seu potencial herdado e o ambiente. O ser humano possui uma tendência natural a continuar a existir e se desenvolver rumo ao amadurecimento e precisa de um meio ambiente suficientemente bom para se constituir como indivíduo.

Os pais são facilitadores do desenvolvimento deste potencial herdado, oferecendo amor, firmeza e frustração no momento certo.

Para ele, o processo de desenvolvimento não é linear, e sim de natureza espiralada. A progressão pode ser seguida de uma regressão temporária sem ser patológica.

Tem como conceito central a importância do ambiente sustentador para que o indivíduo experimente um sentimento de continuidade, uma sensação de ser em andamento e isto se dá quando existe a sensação de ser segurado.

Inicialmente, o ambiente é representado pela figura da mãe que, para Winnicott (1956/2000) é a pessoa mais adequada para desempenhar as funções ambientais, pela própria gravidez e suas transformações físicas.

Para que uma pessoa possa exercer esta função materna é importante que ela se sinta **identificada** com este bebê.

Normalmente a possibilidade de identificação desta pessoa com o bebê e de investimento amoroso é antecedida pela gravidez, pela idealização de um filho, pela escolha de um nome, pela construção de um lugar para este novo ser junto a sua história de vida, de seu momento atual e do encontro com o bebê, como descrito anteriormente.

Neste período inicial, não podemos pensar em um bebê como um ser separado. Tem-se uma **unidade mãe-bebê**.

Não existe aquilo a que se chama um bebê” – significando que, ao descrever um bebê, você se perceberá descrevendo um “bebê e alguém mais”. Um bebê não pode existir por si só, mas é parte essencial de uma relação. (Winnicott, 1964, p.88)

O desenvolvimento ocorre a partir dessa dependência, que inicialmente é absoluta, em direção à independência que nunca será total.

O desenvolvimento, (...), é uma função de um processo de maturação, e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador. A importância desse ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo à independência. (1997, pág.27).

No início, a dependência é total; há tudo que é herdado pelo bebê e o processo maturativo depende de um ambiente que possibilite ao bebê realizar seu potencial.

Para que a mãe possa ser um ambiente favorável ao desenvolvimento sadio de seu filho, é necessário que ela entre em um estado especial, em uma condição psicológica especial que Winnicott (1956/2000) denominou de **preocupação materna primária**, um estado de sensibilidade aumentada, principalmente no final da gravidez que se estende às primeiras semanas ou meses após o parto.

Podemos afirmar agora qual a razão de a mãe ser a pessoa mais adequada para cuidar do bebê; é apenas ela que pode atingir o estado tão especial que é o de preocupação materna primária sem adoecer. Porém, uma mãe adotiva, ou qualquer mulher que possa adoecer com a preocupação materna primária, pode estar em posição de adaptar-se suficientemente bem por possuir alguma capacidade de identificação com o bebê. (1956/2000, p.145).

Este estado de preocupação que, no início, é sentido pela mãe como o bebê sendo parte dela mesma, ocorre também pela identificação que a mãe tem com seu bebê, sabendo assim como ele está se sentindo. Para que isto ocorra, a mãe irá se utilizar, das próprias experiências que teve como bebê.

Winnicott (1956/2000) ressaltou que este estado regressivo seria considerado "doença" se não fosse pela gravidez. Para isto é necessário que a mãe seja saudável tanto para desenvolver este estado, quanto para se recuperar dele, gradativamente, na medida em que o bebê a libera.

Gradualmente este estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a este respeito tende a ser reprimida. (Winnicott, 1956/2000, p.401).

Neste início há um alto grau de adaptação às necessidades do bebê, e a mãe está quase que exclusivamente voltada a ele, desvinculando-se das demais atividades, interesses e preocupações que possuía anteriormente.

Na maioria das vezes, a mãe é capaz de satisfazer as necessidades primitivas do bebê através dos cuidados físicos, que são a única forma que o lactante possui para perceber suas necessidades satisfeitas.

Winnicott ressaltou que quando tudo corre bem, o relacionamento se estabelece rapidamente, porém quando existem dificuldades é provável que ambos venham a sofrê-las por muito tempo ou até mesmo para sempre.

Quando estas dificuldades existem, quando há falhas ambientais, estas não são sentidas como frustrações, e sim como invasões ambientais, ameaçando o vir a ser que toda criatura viva possui. As

falhas de adaptação causam uma reação no bebê. Se o padrão de vida é reagir a estas falhas, existirá uma influência sobre a tendência natural que existe no bebê de tornar-se uma unidade integrada.

Winnicott enfocou que o desenvolvimento humano parte de um estado de não integração e que, através de experiências ambientais favoráveis, o bebê desenvolverá um estado de integração.

... o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isso é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu. (Winnicott 1956/2000, p.404).

Caso as falhas ambientais sejam maiores do que o bebê possa suportar, esta integração poderá estar ameaçada, assim como as bases para a saúde mental.

Gradativamente a mãe vai se voltando a seus interesses anteriores, não atendendo tão prontamente às necessidades do bebê, à medida que este vai podendo criar recursos para lidar com frustrações. Quando a mãe assim o faz, ainda está atendendo ativamente às necessidades de seu bebê, para que este possa gradualmente ir se desenvolvendo rumo à maturidade, à independência.

A mãe comum denominada por Winnicott de mãe suficientemente boa, a que é capaz de ser este ambiente facilitador ao desenvolvimento do potencial do bebê, atendendo ativamente suas necessidades, realiza três funções: 1) Segurar (*holding*); 2) Manipular (*handling*) e 3) Apresentação de Objetos.

Para que a mãe possa exercer estas funções ambientais, através da preocupação materna primária e da identificação com o bebê, de tal forma que saiba o que ele necessita, é importante que ela também tenha suas necessidades atendidas pelo ambiente.

A mulher necessita também de um ambiente que lhe seja favorável. Esta é a função do pai neste início, que consiste em proporcionar à mãe segurança ambiental, para que mergulhe neste estado especial. A função do pai neste momento inicial é a de dar suporte para a mãe.

Outeiral (1997) ao escrever sobre a concepção de pai na obra de Winnicott escreve:

Nos últimos meses da gravidez, quando a mãe começa a ficar mais envolvida com o bebê, DWW considera que o pai torna-se "...o agente protetor que libera a mãe para que esta se dedique ao bebê..." assim ela "... é poupada da necessidade de voltar-se para fora para lidar com o mundo que a cerca no momento em que tanto deseja voltar-se para dentro". **Para DWW as doenças ligadas ao puerpério poderiam "...até certo ponto, ser provocadas por uma falha da cobertura protetora" neste período.**(p.98). O grifo é meu.

Retornando às funções maternas: O *holding* consiste na provisão ambiental anterior ao viver com, que se estabelece através do segurar físico.

Segundo Winnicott, no começo, neste período de dependência absoluta do bebê em relação ao ambiente, a mãe através de uma adaptação quase completa às necessidades do bebê, propicia a ele a oportunidade para a ilusão. Ao oferecer ao bebê o seio (ou seu representante) no momento exato em que o bebê está suficientemente excitado (com fome) pelo impulso originado em sua necessidade alimentar, a mãe permite ao bebê ter a ilusão de ter criado o seio.

Através, portanto, da satisfação das necessidades fisiológicas, do estabelecimento de uma rotina e da redução das irritações às quais o bebê deve reagir, quando a mãe se apresenta no momento exato em que a necessidade se deu, ela proporciona ao bebê a ilusão de que foi ele quem criou o "objeto" necessitado (onipotência, fundamental neste início), estabelecendo um sentimento de confiança ambiental,

fortalecendo o sentido de continuidade de ser, que todo ser humano ao nascer possui.

A manipulação (*handling*) favorece a formação de uma parceria psicossomática no bebê, contribuindo para o sentimento do real, da capacidade de uma criança ter a experiência do funcionamento corporal.

A apresentação de objetos inicia a capacidade do bebê de relacionar-se com os objetos e sentir-se real em sua relação com o mundo.

Quando tudo corre bem o bebê irá passar por três tarefas que são **superpostas** e que são consequência do sucesso das funções maternas:

1) Integração; 2) Personalização e 3) Realização.

Aos poucos, através de suas necessidades fisiológicas atendidas e das gratificações instintivas (através do *holding* materno) que se dão conjuntamente neste período inicial, o bebê pode começar a experimentar a sensação de integração (de sentir-se um ser inteiro, integrado).

A personalização é outra tarefa, em que há a localização da psique no e dentro do corpo, em que a pele dá o contorno de *self* (sentimento de posse de seu corpo).

Ainda fazendo parte das funções do bebê, neste processo inicial do desenvolvimento "normal", o bebê passará pela realização, em que há apreciação do tempo e do espaço e de outras propriedades da realidade.

Segundo Winnicott, (1969/1975) algumas mães falham em facilitar ao bebê completar o processo inicial, tendem a ficar fundidas e adiar a separação.

A mãe suficientemente boa é capaz de gradativamente ir deixando de estar tão fusionada ao bebê, possibilitando-o passar por situações de frustrações ambientais, na medida em que esteja preparado, em que tenha mais recursos para reagir às falhas ambientais e aos poucos ir lhe apresentando o mundo dos objetos.

Quando tudo corre bem, o bebê é capaz de relacionar-se e usar os objetos. Para que isto ocorra o bebê deverá ser capaz de colocar o objeto fora da área de controle onipotente e percebê-lo como objeto externo (não mais como um objeto subjetivo, e sim como um objeto a ser compartilhado). Para tal o bebê deverá destruir o objeto subjetivo e o objeto sobreviver a esta destruição, conferindo valor à sua existência para o bebê, que agora poderá **usar o objeto** que sobreviveu.

... é a destruição do objeto que o coloca fora da área de controle onipotente do sujeito". Dessa forma, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades. (Winnicott, 1969/1975, p.126).

Falhas no decorrer de todo este processo inicial estão relacionadas com as bases da doença mental, especificamente no que diz respeito às angústias impensáveis, aos sintomas de despersonalização e de despedaçamento, assim como dificuldades em relação ao sentimento de sentir-se um ser único, subjetivo que se relaciona com os objetos e com o mundo a sua volta.

Winnicott (1967/1975) referiu-se também, no desenvolvimento emocional primitivo, à existência da fase do espelho, na qual em verdade "a mãe funciona como um precursor do espelho".

Winnicott se pergunta: O que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe? Ele responde que o bebê vê a ele mesmo. A mãe deve funcionar como um espelho que reflete aquilo que ela vê. Porém, algumas mães (principalmente as mães que estão deprimidas), refletem seu próprio

humor, suas próprias defesas, sua rigidez. Então o que o bebê vê? Eles olham e não vêem a si mesmos. Isto traz conseqüências ao curso normal do desenvolvimento. Sua capacidade criativa começa a atrofiar-se, buscando outros meios de obter algo de si mesmo de volta no ambiente. Isto pode levar os bebês a buscar uma previsão do humor da mãe, trazendo-lhe ameaça de caos, na medida em que a qualquer momento terá que afastar suas próprias necessidades, senão seu *self* poderá ser afrontado. Quando uma criança for investigar seu rosto ao espelho, não terá a tranqüilidade de sentir que a imagem materna se encontra ali e de que a mãe pode vê-la.

Segundo Outeiral (2001) em *O olhar e o espelho*, esta idéia do olhar materno como precursor do espelho é inovadora à teoria psicanalítica e escreve:

Inovadora é a idéia de que o bebê depende do rosto da mãe, de suas respostas faciais, quando ela olha sua criatura, para que o bebê possa formar seu próprio sentimento de *self*.
(p.85)

Winnicott ressalta ainda que a maioria das mulheres é capaz de exercer essas funções naturalmente, porém falhas neste período do desenvolvimento emocional humano compreendem as bases da doença mental, ou seja, das psicoses.

A trajetória e a história de cada mãe com cada filho seguem destinos únicos, que serão influenciados por questões externas e internas que circundam aquela gravidez, aquele parto, o pós-parto e a relação entre ambos que se constituirá daí por diante.

Vejamos a seguir especificidades da maternidade de um filho com malformação e suas influências sobre o narcisismo dos pais.

III O Narcisismo e o Nascimento de um Filho com Malformação Congênita.

A literatura especializada sobre relação pais-bebê com deficiência nos relata a existência de um choque inicial, da formação de uma ferida no narcisismo dos pais, diante da notícia do nascimento do filho com deficiência.

Brazelton (1992) referiu-se ao bebê com deficiências como o bebê decepcionante.

O nascimento de um filho com malformação congênita é uma situação na qual o bebê está longe de satisfazer o narcisismo dos pais. É fonte de desilusão. O defeito da criança, segundo a percepção dos pais, vem revelar defeitos ocultos deles mesmos. Refere-se a uma ferida narcísica.

Baranger (1994) definiu ferida narcísica como tudo aquilo que venha diminuir a auto estima do ego ou seu sentimento de ser amado por objetos valorizados". (1994, p.21).

Amiralian e Becker (1992) ao discutirem as peculiaridades da vinculação mãe-bebê com deficiência congênita afirmaram:

O nascimento de uma criança portadora de deficiência tem sido descrito na literatura especializada como uma experiência catastrófica e traumática para a mãe e toda a família, com a chegada de alguém não esperado e a perda da criança desejada. Esta perda cairá sobre os pais abrindo uma ferida narcísica, que pode evoluir para as vicissitudes de uma depressão melancólica ou ativar mecanismos dissociativos individuais... (1992, p.51).

Amaral (1994), ao escrever sobre o nascimento de um filho deficiente afirmou:

... O sentimento de tristeza é, portanto um componente onipresente neste tipo de situação, sua vivência pode tomar dois caminhos: Um é o do luto, no mergulho da depressão, na sensação de perda; outro é a não entrada em contato com

esta emoção (através de mecanismos de defesa). (1994, p.25).

E Amaral (1994) escreve ainda:

Um mecanismo possível e comum à maioria das pessoas diante da situação de dor psíquica é a negação, mas com este mecanismo, o objeto real não é visto como tal o que dificultaria a percepção de suas necessidades. (1994, p.25).

Sabemos que, de maneira geral, em maior ou menor grau, um luto é feito. O luto do filho idealizado, visto que bebê algum corresponderá a esta idealização. Porém este luto do filho idealizado é feito gradativamente. A partir do conhecimento do filho real e suas diferenças e do reconhecimento das semelhanças deste filho consigo mesmo e seus familiares.

Diante de um filho “perfeito” fisicamente a nova mãe estará às voltas com os cuidados de seu bebê, atendendo suas necessidades e investindo-o amorosamente. Aos poucos irá se desiludindo de algumas expectativas idealizadas e geralmente uma relação suficientemente boa para ambos se estabelece.

Porém, diante de uma decepção inicial, como a mãe viverá este processo? E se estiver vivenciando um processo de luto intenso? E se a ameaça de dor psíquica for muito intensa, quais os mecanismos de defesa que serão utilizados? A negação? O bebê real será visto? Suas necessidades poderão ser atendidas? A mãe desenvolverá um quadro de depressão melancólica?

E se o narcisismo da mãe for ferido a tal ponto que lhe seja impossível olhar para seu bebê e reconhecê-lo como seu? Como a mãe ferida em seu narcisismo poderá “sorrir” para seu bebê, projetar nele

seu próprio narcisismo, atender ativamente suas necessidades e proporcionar-lhe a ilusão de que foi ele (bebê) quem a criou?

As mães identificam-se com seus bebês? Desenvolvem o estado de preocupação materna primária?

As mães possuem necessidades específicas a serem atendidas pelo ambiente em geral?

De que forma as mães olham para seus bebês com malformações? O que são capazes de espelhar para seus bebês?

Pergunto-me, portanto, como as mães de bebês malformados vivenciam este momento inicial, tão importante para o desenvolvimento emocional de seus bebês?

Citando novamente Amiralian e Becker (1992):

... a mãe desconhece esse bebê diferente, seja pela especificidade da nova relação, seja pela especificidade imprimida pela deficiência... O vínculo inspirado no desejo de maternagem, que geralmente é suficiente para guiar a mãe em suas atitudes com o recém nascido, aqui, algumas vezes, não é o bastante. Facilmente a mãe puérpera descobre as pistas que expressam as necessidades do seu bebê e este intercâmbio prazeroso facilita novas descobertas. Com o bebê deficiente este jogo é freqüentemente marcado por interrupções, a mãe tendo dificuldades para entender seu filho e descobrir caminhos facilitadores de interação com ele, (1992, p. 53)

Rajon, Rose e Abadie (1997) afirmaram que o anúncio de uma malformação do filho, produz nos pais um trauma que provoca uma desorganização psíquica. O período do reconhecimento do filho por semelhança (identificação narcísica) necessária a qualquer maternidade e a capacidade de absorver, reter e de conter o bebê¹ é abalada diante da malformação do filho.

¹ Estas capacidades referem-se ao fenômeno de reverie, conceituado por Bion (psicanalista contemporâneo de Winnicott). Conceito este que se assemelha ao conceito de holding de Winnicott.

O processo de mentalização dos pais é paralisado, aniquilado, a ocorrência de uma malformação provoca uma falha narcísica e destrói os processos de parentalidade nascentes. O narcisismo ferido torna-se correspondente a um "sentimento agudo e invasivo de incompetência materna e parental".(Rajon,Rose e Abadie, 1997, p.227).

A felicidade e o relacionamento prazeroso do encontro dos pais com seus filhos que, geralmente, estão no equilíbrio que é criado entre o encantamento da semelhança (identificação narcísica) e a surpresa da diferença, somados à ilusão de imortalidade, são paralisados. Surgem mecanismos de defesa psicóticos como denegação e clivagem, frente às projeções e angústias parentais que não mais encontram limites.

Rajon, Rose e Abadie (1997) enfatizaram, ainda, a importância de um terapeuta ou observador como auxiliar ou mobilizador das funções maternas, paralisadas diante da desorganização psíquica provocada diante do diagnóstico de malformação. O terapeuta terá como única possibilidade pôr, a serviço do par mãe-bebê, sua própria capacidade de continência.

Faria (1997) em sua dissertação de mestrado, sob o título O estranho no Ninho, realizada com o objetivo de compreender os delineamentos da ferida narcísica dos pais de pessoas especiais, concluiu que o filho destinado à realização do desejo dos pais frustra-os com suas características acidentais e induz a um sentimento de auto-desvalorização, que é percebido, porém escamoteado, negado. O desejo de gerar um filho idealizado assume um colorido persecutório diante do filho especial. Sentem-se indignos e se acusam de ter gerado um filho não humano. Ocorre uma interdição do prazer (que é visto como ameaçador) que leva à construção de um ambiente (ninho) isolado, na construção de um *apartheid* social para si, para o filho e para o ninho.

Em suas palavras finais, a autora (1997) se pergunta:

Que necessita, então, este ninho, apartado, diferente escondido? **De ajuda profissional** que permita uma escuta específica, para que os pais atingidos recuperem o que não perderam, porém se distanciaram, ao gerarem um deficiente (...) **resgate da auto-estima, a capacidade de prazer, o refletir e o pensar para diminuir as atuações e o poder, com prazer, e a muito natural preocupação no exercício da função parental, realizar suas tarefas.** (1997, p.128). (grifo meu).

Como citei anteriormente, minha experiência profissional indicou-me a existência de um trauma inicial, diante do diagnóstico de deficiências ou malformação dos filhos, assim como o referido pelos autores citados anteriormente.

Entretanto, algumas das mães que acompanhei na universidade referida na introdução deste trabalho, foram capazes de se reorganizar mesmo que feridas em seu narcisismo e, aparentemente, de exercer os cuidados maternos necessários ao desenvolvimento de seus filhos com malformações congênitas. Foram capazes de reconhecer seus filhos como próprios, ou seja, gradativamente ir reconhecendo algo de familiar em seus bebês. A partir desta observação em minha prática anterior, pergunto:

Como as mães vivenciam este processo, entre o encontro decepcionante e o reconhecimento do bebê como seu? Este reconhecimento realmente ocorre? Quais os mecanismos psíquicos presentes?

Diante da importância da mãe como ambiente sustentador e da função especular, no princípio do desenvolvimento humano, gostaria de convidá-los a refletir sobre o que nós, profissionais da área de saúde, poderíamos ainda conhecer e aprofundar sobre a maternidade de bebês malformados. Tal reflexão talvez possa levar-nos, pela prática clínica, a favorecer a essas mães o exercício da maternidade de bebês

malformados de forma natural, livre, saudável e até mesmo mais prazerosa o quanto antes possível, para benefício das mães e de suas crianças.

Este trabalho, como já foi referido tem como objetivo contribuir para esta questão, assim como propiciar pesquisas futuras.

Visa, portanto, pesquisar sobre os processos mentais que envolvem a maternidade de bebês com malformação congênita, durante o primeiro semestre de vida destes bebês e tem como objetivo principal: **Compreender as necessidades e mecanismos psíquicos de mães puérperas, diante da desorganização provocada pelo encontro com seus bebês malformados.**

IV METODOLOGIA

Este trabalho possui como objetivo central investigar os processos mentais de mães de bebês com malformação congênita de origem genética ou não, durante o primeiro semestre após o parto, a partir das próprias mães, segundo o referencial psicanalítico.

Realizar pesquisa em psicanálise vem se tornando uma prática cada vez mais freqüente no meio acadêmico. O método psicanalítico é especificamente conhecido pela investigação dos processos inconscientes através da associação livre (discurso o mais livre possível de censura) e da atenção flutuante (escuta que busca os conteúdos inconscientes).

Pesquisar em psicanálise trata-se, portanto, do tipo de pesquisa qualitativa, em que o contexto a ser analisado e interpretado pelo pesquisador deverá ser feito da forma mais complexa e profunda para alcançar os significados que estão para além da observação, em nível inconsciente. Requer, portanto, o uso do método clínico.

Neste tipo de pesquisa, o importante é a qualidade e profundidade de seus significados e não a quantidade, como nas pesquisas realizadas em moldes científicos tradicionais, que tem como objetivo obter princípios explicativos e generalizados (pesquisa quantitativa).

Martins e Bicudo (1989) fizeram uma diferenciação entre pesquisa qualitativa e quantitativa, ressaltando que, nas pesquisas quantitativas, trabalha-se com fatos (com tudo aquilo que pode se tornar objetivo), enquanto nas pesquisas qualitativas trabalha-se com os fenômenos (com tudo aquilo que se mostra em si mesmo – o manifesto), não existindo preocupação com generalizações, e sim com um aprofundamento individual, na busca de uma compreensão particular daquilo que se estuda.

Ao se referirem à pesquisa qualitativa, Martins e Bicudo (1989), escreveram:

A generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não explicação dos fenômenos estudados. (1989, p.23).

Trata-se, neste trabalho, portanto, de uma pesquisa qualitativa. Visa aprofundar a compreensão do estado interno de mães de bebês malformados, durante os primeiros quatro meses após o parto do bebê com malformação, segundo o referencial psicanalítico, apoiado no método clínico.

4. 1 SUJEITOS

O estudo foi conduzido a partir da avaliação de três mães com idade, estado civil e nível socioeconômico variáveis, primíparas ou não, durante os primeiros quatro meses após o parto do bebê com malformação congênita, seja esta malformação de etiologia genética ou não, diagnosticada durante este período.

A amostra foi colhida no Hospital Infantil Darcy Vargas, no ambulatório de genética, na cidade de São Paulo e no consultório particular do Dr. Zan Mustachi (médico pediatra e geneticista), também na cidade de São Paulo.

Foi apresentado às mães o tema da pesquisa, o motivo pelo qual foi encaminhada, com o objetivo de delimitar o "setting" da pesquisa.

Apresentei-lhes, em seguida, uma carta de informação com descrição da pesquisa e um termo de consentimento livre e esclarecido por escrito, a serem lidos e assinado caso concordassem em participar da pesquisa. (conforme anexos 1 e 2).

4. 2 INSTRUMENTOS

4.2.1 Entrevistas

Foram realizadas de duas a três entrevistas com cada sujeito.

A primeira entrevista foi a mais aberta possível, buscando um discurso livre e associativo e privilegiando não apenas o que foi dito, mas também o como foi dito.

A segunda e ou terceira entrevistas foram do tipo semi-dirigida, com o objetivo de coletar dados referentes à história do sujeito, de sua família de origem, do histórico da gestação, parto e pós-parto do filho em questão, que não tiverem sido relatados livremente na primeira entrevista, com o objetivo de colher dados objetivos do sujeito. Segundo Ocampo (1990), a entrevista semi-dirigida é uma entrevista com propósito determinado, em que o campo psicológico configurado por entrevistador e entrevistado se “estrutura em função dos vetores assinalados pelo último, cabendo ao entrevistador usar a técnica diretiva para preencher as lacunas possíveis, tendo em vista suas finalidades”. (1990, p.23).

4.2.2 Procedimento de Desenhos-Estórias sem Tema

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) de Walter Trinca (1997) é um instrumento auxiliar na investigação clínica da personalidade de adultos, adolescentes e crianças.

Este instrumento foi criado a partir da associação das técnicas gráficas às técnicas de apercepção temática. Desde a data de sua elaboração, em 1972, vem sendo amplamente utilizado no meio acadêmico e no meio clínico em psicodiagnóstico do tipo compreensivo, ou seja, dando ênfase às técnicas clínicas fundamentadas na associação livre.

O procedimento de Desenhos-Estórias consiste em que o sujeito realize uma série de cinco unidades de produção. Cada unidade de produção é composta por um desenho livre (cromático ou acromático), por uma estória, inquérito (questões feitas pelo examinador) e título, em uma ou duas sessões de 60 minutos.

Segundo Trinca (1976):

... o desenho livre, associado a estórias em que ele figura como estímulo para essas estórias, constitui instrumento com características próprias para a obtenção de informações sobre a personalidade em aspectos que não são facilmente detectáveis pela entrevista psicológica direta (aquela que utiliza associações verbais espontâneas, bem como respostas a questões que o entrevistador formula a respeito do sujeito). Trata-se, pois, de procedimento que reúne e utiliza informações oriundas de técnicas temáticas e gráficas conhecidas, sintetizando e acrescentando uma nova abordagem, e que se oferece como auxiliar para ampliar as informações a respeito dos sujeitos a que se destina. (1976, p.96).

Por ser um instrumento que se utiliza de desenhos livres, uma forma de linguagem sem estímulos padronizados, é menos vulnerável a condutas resistenciais, favorecendo o surgimento de conteúdos inconscientes.

Optei também pelo Procedimento Desenhos-Estórias, por possuir uma seqüência de cinco unidades de produção. A repetição de provas gráficas e verbais ativa dinamismos da personalidade, favorecendo a compreensão dos mecanismos psíquicos utilizados diante das situações de conflitos, atingindo maior profundidade.

Este instrumento auxiliar foi escolhido ainda, por ser de fácil utilização em sujeitos de diferentes níveis sócio-econômico-culturais. As condições de aplicação e materiais necessários são simples e adequados ao contexto de ambulatório hospitalar.

Finalmente, convém salientar, que optei pela utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias **sem tema**, pois acredito que, quanto menor o número de estímulos diretivos, mais próximos estaremos de conteúdos psíquicos inconscientes e dos objetivos a serem alcançados em uma pesquisa qualitativa, que se apóia no método clínico.

O tema da pesquisa já havia sido anteriormente apresentado e o *setting* estabelecido, promovendo de modo natural a configuração do tema desejado. Caso o tema não aparecesse nas produções, este dado seria de grande relevância para análise do material, visto que o puerpério é um período em que as mães estão quase que totalmente voltadas a seus bebês e às funções maternas.

4.2.3 Material Utilizado para Aplicação do Instrumento:

- Folhas de papel em branco, sem pauta, tamanho ofício;
- Lápis preto nº 2;
- Caixa de lápis de cor de doze unidades.

4.2.4 Técnica de Aplicação:

1. O sujeito fica sentado, trabalhando em uma mesa, e o examinador fica sentado à sua frente.
2. Os lápis são espalhados sobre a mesa, ficando o lápis preto entre os demais, aleatoriamente.
3. A folha de papel é colocada na posição horizontal com o lado maior próximo ao sujeito.
4. Solicita-se ao sujeito que faça um desenho livre: "Você tem esta folha em branco e pode fazer o desenho que quiser, como quiser".
5. Aguarda-se a conclusão do primeiro desenho. O examinador solicita que conte uma estória associada ao desenho, sem retirar o desenho da

vista do sujeito. “Agora, olhando o desenho, invente uma estória, dizendo o que acontece”.

6. Após a conclusão da primeira estória, passa-se ao inquérito. O inquérito refere-se a quaisquer esclarecimentos necessários à compreensão e interpretação do material produzido tanto no desenho quanto na estória.

7. Após a conclusão da estória, solicita-se o título da produção. Ainda com o desenho sobre a mesa, à vista do examinando.

8. Assim que concluída a primeira unidade de produção, retira-se o desenho da vista do sujeito. Apresenta-se outra folha em branco, seguindo-se as mesmas instruções até se chegar a uma série de cinco unidades de produção. Cada unidade de produção é composta de desenho, estória, inquérito e título.

Nos encontros com cada sujeito, foram feitas algumas intervenções sobre o material apresentado, segundo o modelo de psicodiagnóstico interventivo, em que a devolutiva ocorre durante a sessão, possibilitando elaboração do material e aproveitamento terapêutico.

4. 3 Avaliação e Análise dos Dados

O material coletado nas entrevistas e no Procedimento de Desenhos-Estórias foi avaliado individualmente pelo método de inspeção livre, tendo como base o referencial psicanalítico.

A avaliação com base neste método, denominado inspeção livre do material, sustenta-se em uma análise global, em que se estabelece contato com o conjunto da produção (desenhos, estórias, títulos, seqüência do material e associações), ao qual são levantados tópicos em relação às angústias predominantes, defesas utilizadas e conflitos subjacentes de cada unidade de produção, porém a ênfase recai sobre o conjunto do material.

As entrevistas foram analisadas qualitativamente, utilizando-se o referencial da psicanálise para a interpretação dos dados.

A avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias foi a partir da análise de cada unidade de produção e da síntese geral de cada caso. O Procedimento de Desenhos-Estórias foi analisado de acordo com o método desenvolvido por Walter Trinca.

Na elaboração da síntese de cada caso, foram levados em conta os dados das entrevistas e a interpretação do Procedimento de Desenhos-Estórias, que foram supervisionados por um psicanalista com ampla experiência clínica na utilização e análise deste instrumento.

V Apresentação e Análise dos Dados

5.1 Caso 1.

Dados de Identificação

Nome fictício: Nair

Idade: 34 anos

Estado civil: separada há dois anos

Profissão: atualmente desempregada.

Ocupação anterior: empregada doméstica.

Grau de escolaridade: analfabeta.

Filho do sexo masculino: L. (quarto filho).

Diagnóstico: Síndrome de Down

Idade de L.: quatro meses

Nair tem outros três filhos, também do sexo masculino, frutos de seu casamento, com idades de dez, oito e seis anos. L é filho de seu ex-namorado que não o registrou e foi vê-lo duas vezes.

Dados das entrevistas:

Nair é uma mulher simples de aparência forte e altiva e muito agradável no contato.

Sua família de origem é migrante do nordeste brasileiro.

Nair veio para o estado de São Paulo com seus pais e três irmãos, aos quinze anos de idade.

Nair é a segunda filha, tem um irmão mais velho e duas irmãs mais novas que moram no interior de São Paulo. Há dez anos não tem mais notícias de seu pai, que voltou para sua cidade natal.

Casou-se aos dezoito anos. Na época, seu marido comprou um terreno, onde construíram a casa em que Nair mora com os quatro filhos

até hoje, em um município próximo à cidade de São Paulo. No mesmo quintal moram sua mãe, seu irmão mais velho, sua cunhada e seus três sobrinhos.

Há pouco mais de dois anos, Nair descobriu que seu marido tinha uma amante. Nair não conseguia conviver com a vida dupla que o marido mantinha, sentindo-se traída e desqualificada e pediu que seu marido fosse embora de casa. Nair ficou com a casa e o terreno em seu nome.

Até sua separação, Nair nunca havia trabalhado fora de casa. Depois deste fato, segundo Nair, sua vida mudou bastante. Começou a trabalhar como empregada doméstica para a mesma família que sua mãe. Gostava do trabalho, mas preferia sua vida anterior à separação, por poder estar mais próxima dos filhos.

Nair comenta que ficou muito abalada com sua separação. Começou a namorar um rapaz, pouco mais novo que ela e engravidou de L. Nair diz que sempre quis ter mais um filho e com o nome dado a L. Após o nascimento de L, o namoro terminou.

Até separar-se, Nair sempre ficou em casa com os três primeiros filhos. Após sua separação, seus filhos passaram a ir para a escola, levados por Nair. O outro período do dia, enquanto trabalhava permaneciam sozinhos em casa. Com o nascimento de L. com o diagnóstico de síndrome de Down, Nair optou por não voltar a trabalhar, para dedicar-se aos cuidados maternos. Sua mãe continua trabalhando para a mesma família.

Nair vive atualmente com ajuda econômica de sua mãe, com a ajuda de uma amiga (madrinha de L.), dos vizinhos e da aposentadoria de L. de um salário mínimo.²

² Esta aposentadoria é dada pelo sistema de previdência pública à maioria das crianças com deficiências até 18 anos de idade, após a avaliação de um perito. Após a maioridade, os beneficiários são avaliados novamente e

No último mês, Nair e seu irmão brigaram por problemas de irregularidades na construção da casa deste irmão, em seu terreno. Segundo Nair, seu irmão, entrou com uma ação judicial contra ela, solicitando posse da área do terreno de Nair em que sua casa está construída. Este fato deixou Nair bastante "chateada", e depois disso, seu contato com sua mãe diminuiu significativamente, porque sua mãe, segundo Nair, foi proibida pelo irmão de falar com ela e quando se encontram é sempre às escondidas, apesar de morarem no mesmo terreno.

Diz que se sente presa em sua própria casa, para evitar "bate boca" principalmente com a cunhada.

Relata que a relação com o irmão até a briga pela posse do terreno, sempre foi "muito boa".

Nair revelou ainda que gostaria da ajuda econômica de seu ex-marido para cuidar dos filhos, mas que sabe que será difícil consegui-la.

Em relação ao pai de L., Nair diz não esperar mais nada dele. A avó paterna de L. entrou em contato com Nair após o nascimento de L. e foi visitá-los na maternidade. Segundo Nair, desde então, nunca mais apareceu. Convém ressaltar que Nair não fala sobre o pai de L. espontaneamente, apenas ao ser questionada sobre ele. Provoca a impressão de ser alguém com quem não se importa, com quem não tem ligação afetiva, alguém que não existe.

Nair relatou ainda que, por enquanto, até L ficar maior, não pretende nem ter amigos do sexo masculino. Evita visitas de um amigo policial, com quem gostaria de manter conversas, para que as pessoas não falem dela e para dedicar-se aos cuidar de L.

Através do contato que tive com Nair e com seus filhos, que a acompanharam a um dos três encontros que tivemos, pude observar que Nair preocupa-se em manter seus filhos limpos, bem penteados e bem vestidos. São crianças “tímidas” e bem comportadas socialmente. Nair revela ter orgulho do “bom comportamento” dos filhos e ser bastante preocupada com o futuro dos mesmos, no que diz respeito a que não venham a se envolver com as “más companhias” que existem no bairro em que vivem. Jovens envolvidos com drogas e criminalidade.

Em todos os encontros, L (quatro meses) esteve presente e durante nossas conversas, aguardava com sua madrinha e acompanhante de Nair, na sala de espera. Em um dos encontros, a sessão foi interrompida para que Nair trouxesse L. para sala de entrevista e o amamentasse enquanto conversávamos.

Aparentemente, Nair é também bastante cuidadosa com L., no que diz respeito a sua vestimenta e alimentação.

Estes são os principais dados coletados nas entrevistas com Nair. Em seguida foi realizado o Procedimento Desenho-estória em uma única sessão.

Ao final dos encontros Nair agradeceu a oportunidade de poder falar de si, e mostrou interesse em termos outros encontros. Nossos encontros foram agradáveis, e volta e meia, me via carregando sacolas, pegando fraldas, pomadas, copos de água (durante amamentação).

Apresentarei a seguir um breve recorte das entrevistas com Nair que complementam os dados citados anteriormente, ressaltando literalmente suas falas e respeitando a seqüência de seu discurso, pois acredito que sejam importantes para análise e discussão deste trabalho.

Algumas falas de Nair:

“Fiquei muito abalada quando me falaram que ele tinha Síndrome de Down, chorei muito. Para mim foi um baque muito forte, até eu chegar no Hospital Darcy Vargas e fazer os exames, ver que L. estava bem. Aí então me falaram, ele tem Síndrome de Down e o Dr. Z. me perguntou: Você nunca viu? Eu falei: Não! Eu não sabia de nada, nunca tinha visto. Ele me perguntou: Tem filho? Falei: Sim, é o quarto filho. Então é quase tudo igual. A escola dele vai ter que ser especial. Tem que cuidar dele igual dos outros. Você tem que cuidar dele igual dos outros, só tem que ter um pouco mais de cuidado, tem que ter mais cuidado com ele, tem que ter um carinho especial.

Aí, nesse tempo eu estava trabalhando. Eu fiquei preocupada e pensava: **Como eu vou parar de trabalhar? Meus filhos vão passar fome.** Eu morro de medo disso, né? Moro sozinha com eles. **Meu maior medo é que eles passem fome.**

Mas como eu moro em casa própria, então sei passar uma roupa. Eu fiquei preocupada, porque com ele como eu vou sair de casa e passar uma roupa, se ele fica sozinho, eu morro de medo de ter que sair de casa sem ele. **Eu fico grudada nele 24 horas por dia, com medo de eu sair e dele sufocar,** então meu medo é esse, né?

Mas fora isso ele é um menino sadio, os outros meninos tão muito feliz com ele, tudo abraça, beija. É a maior festa quando eu chego em casa com ele, um dá banho, outro troca pra mim, e eu sempre do lado, olhando, né. Um fala: Deixa eu dar banho? O outro: Deixa eu trocar?

Eu por ser uma mãe sozinha, me sinto uma mãe maravilhosa para todos eles. Meu filho mais velho é muito feliz comigo. Ele me fala: Olha mãe, você é a mãe que eu pedi a Deus. **Você é uma mãe bonita, cuida bem de nós, cuida da comida. Então, meus filhos são felizes**

comigo e eu sou uma mãe mais feliz do mundo, com todos os meus filhos.

Fiquei muito abalada com minha separação.

Esse filho veio, pra ver até se, sei lá, se o pai dos meus filhos... decidi se separar de uma vez, porque ele não é de se separar. Ele pegava no meu pé, eu dizia: Não! Não quero, **vou arrumar alguém que cuide de mim, no fim... acabei arrumando mais um para eu cuidar só...** mas o outro, o pai desse, não me apareceu mais também.

Então, agora, além de tudo é Deus que tá me ajudando, fora a força que essa minha amiga tá me dando, fora também alguns vizinhos. Eu consegui apressar a aposentadoria dele, já fizeram a perícia dele, tá tudo certo. Então fora isso, tá tudo bem para mim. **Me sinto uma mãe exemplar para eles.**

O pai dos outros mesmo provou que não está preocupado comigo. Mas pra mim isso é o de menos. Eu vou cuidar dos meus filhos, da maneira que eu estou cuidando, né?"

T: como é essa história, de que esse filho viesse pra te separar do seu marido?

"Porque ele nem ficava comigo, ele ficava com outra mulher. Hoje ele mora com outra mulher. Mas ele não queria que eu arrumasse ninguém. Então eu falei: **Vou arrumar alguém para te mostrar que eu não te quero mais.** Porque se quer ficar com uma e com outra, para mim desse jeito não dá. Se é para eu sofrer com você que é pai dos meus três filhos, eu vou sofrer... eu vou tentar a felicidade, se eu tiver que sofrer, eu vou ter passado outros momentos felizes com outra pessoa. Não vou sofrer com outra pessoa que eu já vivi, né?

Porque ele falou assim: Porque você não consegue ninguém, porque já tá velha, tá gorda e não sei mais o que.

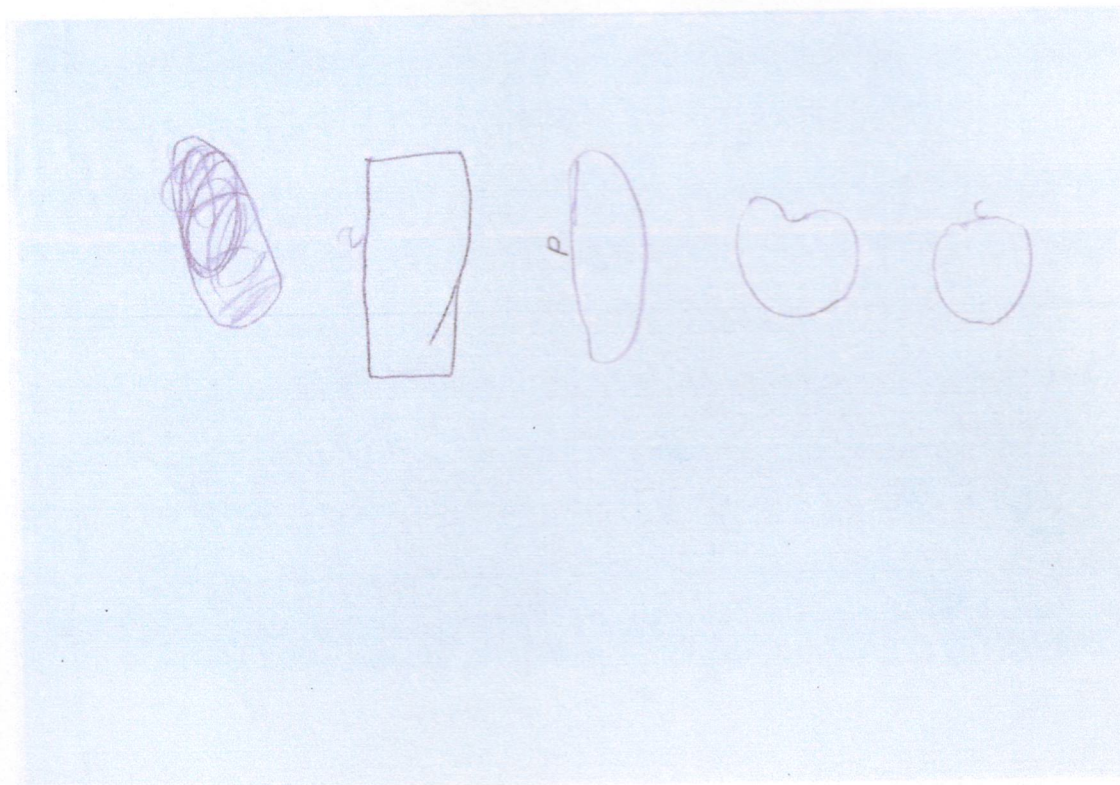
Eu disse tá bom, então vamos tentar. **Me deixe livre, pra ver se eu não consigo alguém. Aí ele disse: Você pode até conseguir alguém pra te fazer outro filho.** E eu disse não interessa! Se ele quiser fazer mais um filho, isso aí vai ser se eu aceitar, te garanto. Se eu tiver mais um filho daqui pra frente é porque eu vou aceitar, ele não vai fazer forçado. Aí, eu arrumei esse namorado, que é o pai do menino e liguei pra ele: Não me aparece mais em casa, porque nem você vai me fazer feliz ficando comigo e vai afastar a pessoa de mim. Então eu estou namorando. Ele foi confirmar se eu estava, foi falar com minha mãe e veio me perguntar: E esse cara vai assumir você com três filhos?

Eu falei: Não! **Eu não arrumei ninguém pra me assumir com três filhos seus. Eu arrumei alguém pra cuidar de mim.** Os seus três filhos é você quem tem que assumir. Eu não arrumei nenhum trouxa pra cuidar de filhos dos outros. Quem tem que cuida dos filhos. Foi você que fez, né?

Procedimento Desenho-estória

DESENHO 1:

Pega o lápis vinho e desenha da esquerda para a direita.



Pega o lápis vermelho, desenha da esquerda para a direita.

ESTÓRIA 1:

O tomate dá mais sabor à comida, deixando a comida mais saborosa. Não sei o que falar.

Depois de um almoço delicioso com o tomate, aí nós preparamos a pêra, a maçã e o caju, fazendo uma salada de frutas como sobremesa. Assim como a água de coco para tomar depois da sobremesa, Deixando a criançada muito feliz com a preparação da mamãe.

Título: ALEGRIA

Análise:

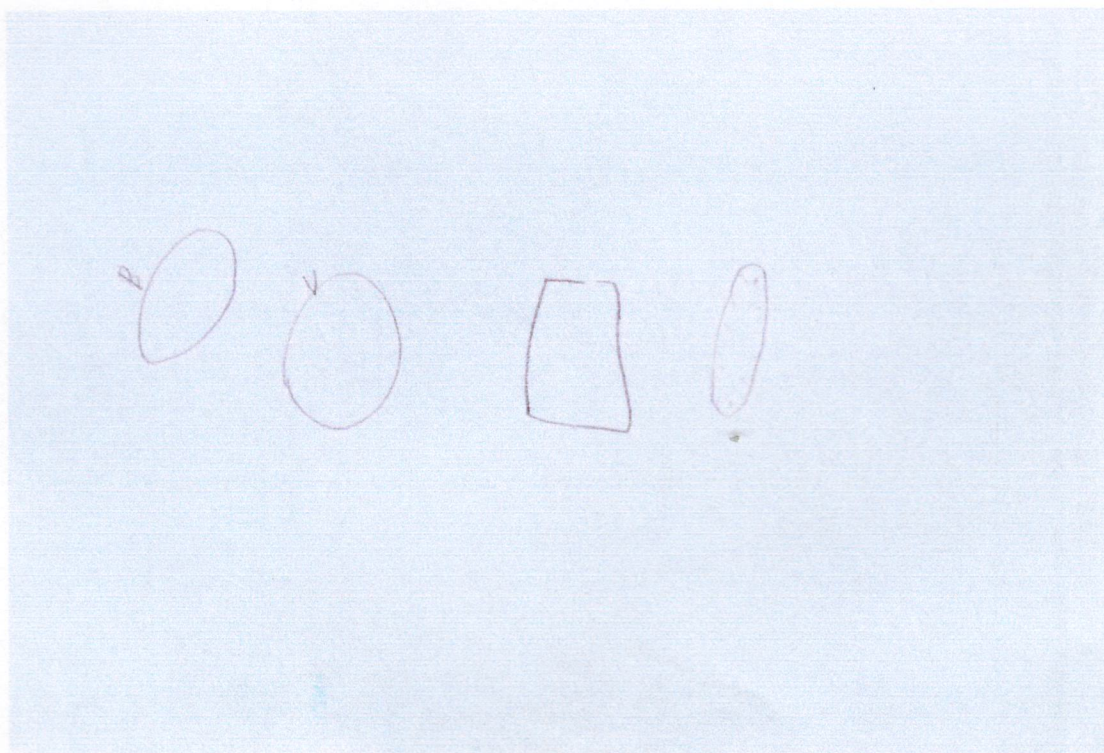
A produção gráfica desta primeira unidade de produção é precária e confusa. O desenho é bastante primitivo.

O tema refere-se à preparação de alimentos para os filhos, realizada pela e do sentimento de alegria de poder oferecê-los. Diz respeito a uma oferta de si, do que tem de mais saboroso, de mais nutritivo. Aponta para uma preocupação pela subsistência dos filhos e sugere o uso de defesas maníacas diante de tal preocupação. Quer mostrar que tudo está bem, para não entrar em contato com suas dificuldades.

Nesta unidade de produção aparece também a necessidade de retorno às suas raízes (caju), que sugere a necessidade de apoio parental.

Nair apresenta necessidade de se reafirmar como boa mãe e de que seus filhos a reconheçam com tal.

DESENHO 2:



Continua com o mesmo lápis e desenha da esquerda para a direita.

ESTÓRIA 2 :

Vamos... a batatinha, peguei, cortei, fiz um picadinho, deixando meu picadinho mais delicioso.

Depois peguei o ovo, fiz um bolo de cenoura, tentando fazer e assim deu certo.

Peguei a maionese, passei no bolo, não, não deu. Não peguei a maionese, peguei o milho e fiz uma maionese com batatinha, ovos e ervilha.

Nunca tinha feito e consegui fazer e minhas visitas adorou.

Título: QUE DELÍCIA!

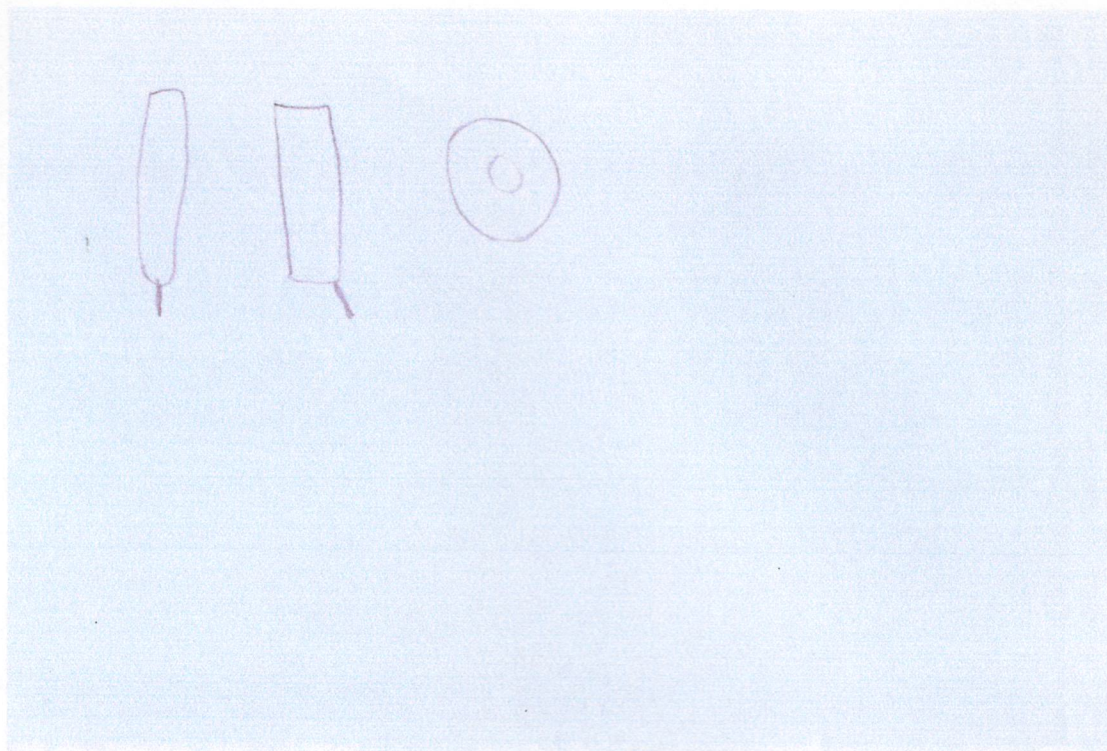
Análise:

Nesta segunda unidade de produção, o tema e a produção gráfica se mantêm, aponta para uma demanda de amor e de reconhecimento. Pode-se pensar que transferencialmente esta unidade de produção aponta para o desejo de também me agradar e de sua necessidade de receber apoio e reconhecimento.

A construção da estória é confusa, sugere uma ambivalência de sentimentos em relação à situação da gravidez e nascimento do último filho.

DESENHO 3:

Vira a folha e, com o mesmo lápis que tinha em mãos, desenha da esquerda para a direita e de cima para baixo. Ao me mostrar o desenho, vira a folha novamente.



ESTÓRIA 3:

Uma vela, um isqueiro e o pires.

Faltou a força, nós temos a vela, se não tiver o isqueiro vai continuar na mesma e como sempre é perigoso tem sempre que deixar dentro de um pires, nunca em cima do móvel. Assim estaremos correndo menos risco de pegar fogo na casa.

Título: LONGE DO PERIGO

Análise:

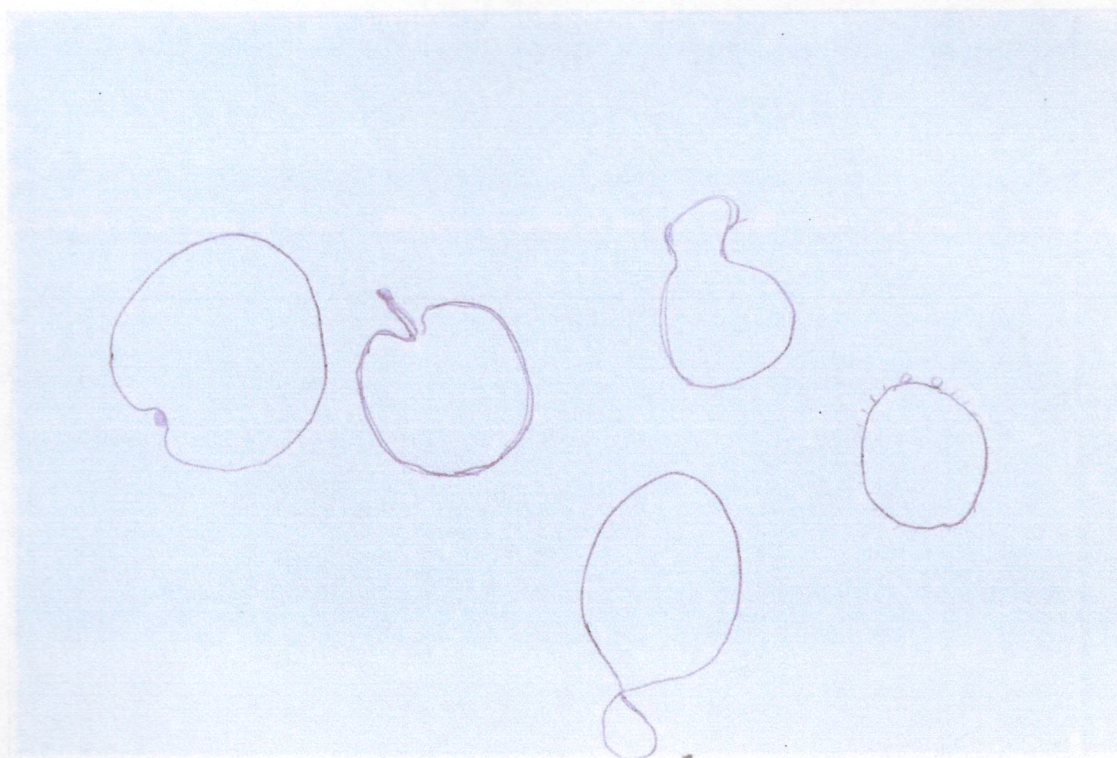
Esta unidade de produção faz uma alusão à catástrofe. Aponta para possibilidade de enfrentar perigos e para a falta de recursos, os quais percebe possuir, mas que podem não estar tão disponíveis (isqueiro), quanto necessário. Há necessidade de estar atenta, ressalta um estado de alerta. Percebe o ambiente como perigoso e ameaçador. Nair realiza e me entrega este desenho com a página virada, o que aponta para a percepção de perigo vivenciada e para o temor de não ter

recursos suficientes para enfrentá-lo e vir a se desorganizar, de sentir-se literalmente de “ponta cabeça”. Não sabe se terá controle sobre seus impulsos e se o ambiente estará disponível para fornecer-lhe a contenção necessária.

Ao ir se aprofundando do material, esta unidade de produção, aponta para a percepção de riscos, para o sentimento de solidão na provisão da sobrevivência concreta de si e dos filhos e na manutenção da demanda de amor.

DESENHO 4:

Ainda com o mesmo lápis, desenha da esquerda para a direita.



ESTÓRIA 4:

Esta é uma lata de sardinha, deste jeitinho. Isto aqui é um pimentão, tomate e cebola. (som do filho vindo da sala de espera).

Vou saber falar nada.

O que eu pensar eu vou falar.

Hoje amanheci com preguiça, não quero fazer almoço, vou juntar a sardinha, o pimentão, tomate e cebola. Assim fazendo uma farofa para o almoço. Isto combinando com os meus filhos. Se eles aceita, assim eu faço.

Depois o jantar eu pensarei o que fazer. Pronto acabou a estória.

Título: ME LIVREI DO ALMOÇO

Análise:

O tema desta unidade de produção também refere-se à provisão alimentar em seu sentido duplo: sobrevivência da família e sua satisfação amorosa, através do reconhecimento dos filhos.

Mas, também aponta para um estado de cansaço diante do esforço contínuo que lhe é exigido para cuidar sozinha dos filhos e de satisfazê-los. Aponta para a percepção de suas necessidades de apoio e recolhimento que são negados (desenho riscado) e que depende de negociações internas.

Aponta para um estado de tristeza e solidão que tem que ser negado em nome da sobrevivência dos filhos, do cumprimento de suas tarefas a espera de melhoras em seu estado. É literalmente um pedido de descanso, revela o desejo de ser cuidada.

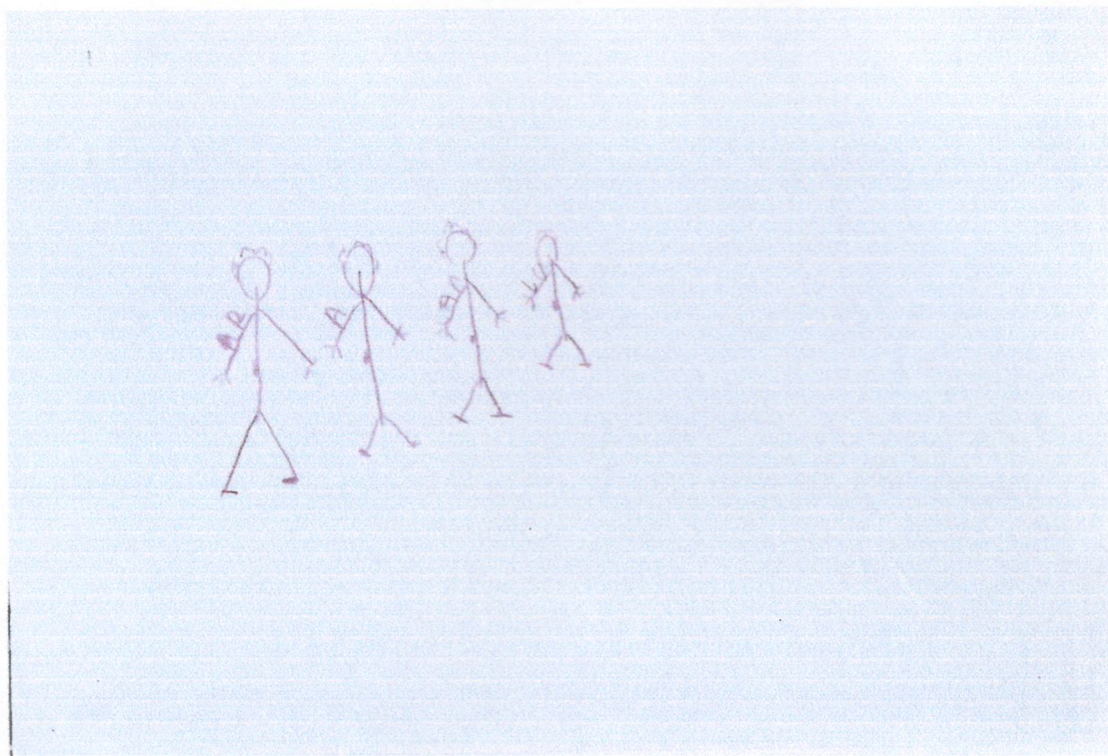
DESENHO 5:

Com o mesmo lápis, Nair diz:

“Eu não sei desenhar menininho senão eu desenhava. Vou fazer este desenho escondido”. (esconde com a mão). Será que eu vou saber explicar?

“Que judiação eu desenhar meu filho desse jeito”.

“Tô com tanta vergonha, que fiz quatro e só to vendo três. (Mostra o desenho). Fiz 4 menininhos, até contei (perplexa)... e só vejo três”



ESTÓRIA 5:

R, A, A e L. (Diz o nome dos quatro filhos enquanto aponta os desenhos).

Juntando todos eles faz dar a força para que eu me sinta a mãe mais feliz do mundo, assim eles são o meu café da manhã, o meu almoço, o meu jantar. Todos me fazendo a mãe mais feliz de todas. Minha vida eles completam, toda a minha alegria.

Sou muito feliz ao lado deles.

Sempre pedindo a Deus muita saúde para que eu possa cuidar deles o resto da vida e dando muita saúde a eles e inteligência, muita sabedoria, assim sabemos que eles tem que crescer e cuidar da mãe deles. Certo?

Título: VIDA REALIZADA

Análise:

Esta última unidade de produção traz em si uma síntese das produções anteriores, uma preocupação em nutrir e ser nutrida pelos quatro filhos (... *eles são meu café da manhã, meu almoço e meu jantar*). Esta unidade, bem como as produções anteriores, apresenta, precariedade de recursos, porém há busca de humanização. Demonstra a procura de uma linha mestra, que lhe traga uma possibilidade de saída, de um contato mais lúcido com a situação.

A presença de umbigo no desenho aponta para o início e centro de tudo e dá ênfase em ter de quem receber, em realizar trocas.

Esta unidade de produção mostra que Nair se permite ter expectativas e preocupações quanto ao futuro dos filhos.

Aponta também para a possibilidade de conteúdos reprimidos³ em relação ao primeiro filho (erro na letra inicial do primeiro filho) e para a negação do filho com síndrome de Down. Mostra sentimentos ambivalentes em relação ao nascimento e condição do último filho (desejo de que viva ou morra / arrependimento da gravidez, pois está ainda mais sozinha para manter a subsistência da família).

Nair fica perplexa diante do ato falho de ter desenhado quatro meninos e apenas ver três. O que indica estarmos diante de aspectos reprimidos.

Acredito que o conteúdo reprimido refere-se ao desejo de não existência do último filho, não apenas por sua diferença. Mas também porque sua presença traz em si a marca de sentimentos de desqualificação e traição. Sua presença marca uma outra diferença, que não a Síndrome de Down: L. é filho de um outro homem. O projeto de

³ Refere-se ao mecanismo de defesa psicológico: repressão. A partir deste momento do texto, sempre que me referir a um mecanismo de defesa, entenda-se suas definições como descritas em Vocabulário da Psicanálise de Laplanche e Pontalis. (1985).

gravidez de Nair referia-se ao desejo de ter um outro homem que cuidasse dela, e no final acaba tendo mais um de quem cuidar sozinha.

Penso ainda que sua perplexidade diante da não visão do último menino desenhado, aponte para aspectos reprimidos de sua história como filha e para com sua identificação com L., desde o lugar de filha. Da filha que não é vista pela mãe em detrimento do olhar para o irmão mais velho (troca na inicial do primeiro filho).

Aparece ainda nesta unidade um sentimento de vergonha e culpa de ter um filho com deficiência, aponta para uma tendência a comportamentos de isolamento social (fazer escondido).

Expressa um sentimento de incapacidade como mãe e como pessoa.

Síntese geral do caso:

Nair vivencia intensa preocupação com a sobrevivência dos filhos, em nutri-los e ser nutrida pelo reconhecimento e amor dos mesmos. Possui poucos recursos para lidar sozinha com a situação.

Vivencia concretamente uma situação de poucos recursos econômicos para manutenção e sobrevivência de sua família.

Conforme tem possibilidades de entrar em contato com a realidade, percebe seu meio ambiente como perigoso e ameaçador.

A relação com os filhos e a responsabilidade pela sobrevivência e educação deles são os aspectos centrais de sua vida. Relação esta que é marcada por uma demanda de amor e reconhecimento. (*Eu por ser uma mãe sozinha, me sinto uma mãe maravilhosa para todos eles*).

Apresenta defesas maníacas ao supervalorizar a satisfação de conseguir "alimentá-los". Os filhos existem para reafirmá-la como mãe e como mulher. (*Você é uma mãe bonita, cuida bem de nós, cuida da comida. Então meus filhos são felizes comigo e eu sou uma mãe mais*

feliz do mundo, com todos os meus filhos). Toda sua fonte de afeto e satisfação está baseada na relação com os filhos.

A realidade é percebida, mas é muito angustiante e perigosa, para Nair, encará-la pode levá-la a se desorganizar, a sentir-se de “ponta cabeça”.

O nascimento de um filho com deficiência visível ao nascimento e neste momento de sua vida soma-se ao sentimento de desqualificação, vivenciado anteriormente por Nair, por ocasião de sua separação. Os sentimentos de tristeza, cansaço e solidão são transformados em seu oposto (formação reativa). Nair diz sentir-se a mãe mais feliz do mundo. *“Juntando todos eles faz dar a força para que eu me sinta a mãe mais feliz do mundo.... Minha vida eles completam, toda a minha alegria”..*). É do encontro com os filhos que Nair retira forças e afeto.

O projeto de gravidez do último filho relaciona-se com sua necessidade de reafirmação como mulher (*Vou arrumar alguém para te mostrar que eu não te quero mais....Porque ele falou assim: Porque você não consegue ninguém, porque já ta velha, tá gorda e não sei mais o que...Me deixe livre pra ver se eu não consigo ninguém*). A existência de um outro filho, marca ter tido relações sexuais com um outro homem. (*Se ele quiser fazer mais um filho, isso vai ser se eu aceitar, te garanto...ele não vai fazer forçado*).

Porém, após o nascimento de L. Nair viu-se abandonada mais uma vez. (*vou arrumar alguém que cuide de mim, no fim acabei arrumando mais um para eu cuidar só*). Nair sente-se cansada, sobrecarregada e incapaz como mãe e como mulher. O projeto de gravidez deste filho refere-se a seu desejo de ter um homem que cuidasse dela. O lugar reservado para L seria o de um homem que cuidasse de Nair e não o lugar de filho.

Em relação à notícia de L ter Síndrome de Down Nair diz : *"Fiquei muito abalada, chorei muito. Foi um baque muito forte."* Mas ao perceber que o filho estava bem de saúde, apega-se à informação de que criar este filho é como cuidar dos demais (*Tem que cuidar dele igual aos outros*) e assim Nair prossegue sentindo-se ainda mais desqualificada e sozinha do que anteriormente. Sua preocupação expressa relaciona-se à sobrevivência e cuidados físicos dos filhos, não se questiona, nem tem condições de se preocupar com os demais aspectos e possibilidades de diferenças do desenvolvimento de L.

Nair sente-se envergonhada em relação à deficiência do filho e usa como mecanismo de defesa a negação. (*"Tô com tanta vergonha, que fiz quatro e só to vendo três. Fiz quatro menininhos, até contei (perplexa)... e só vejo três"*). Além de sentimentos de culpa. (*Que judiação eu ter feito meu filho deste jeito*). Sentimentos de ambivalência em relação ao filho são reprimidos e negados.

Nair revela ainda ter medo de que seu filho morra. (*Eu fico grudada nele 24 horas por dia, com medo de eu sair e ele sufocar*), o que revela uma ambigüidade inconsciente de sentimentos em relação a L. Esta ambigüidade não se refere exclusivamente ao fato de ser um bebê com Síndrome de Down, e sim principalmente por ser um filho que marca a separação de seu primeiro marido, é um bebê que traz em si uma desqualificação, o de uma mulher traída. O projeto desta gravidez relaciona-se com a necessidade de mostrar ao homem que a traiu que desejou um outro homem. O desejo de Nair é de um homem que cuide dela e não de um filho para cuidar sozinha.

A existência de L não é marcada pelo desejo de sua mãe por seu pai. É como se esse nem existisse. E sim é marcada pelo sentimento de desqualificação, de traição de sua mãe. Em certa medida, Nair sente-se identificada com a deficiência de L.

L ocupa o lugar de filho de um homem não desejado por si, de filho gerado pelo sentimento de traição, de troca, de desamor. O desejo de Nair, portanto, é de L ocupasse o lugar de homem que cuidasse dela.

Diante de seu nascimento e diagnóstico com síndrome de Down, Nair percebe-se frente à impossibilidade de correspondência de seu desejo e por esta razão, Nair necessita (para não se sentir de ponta cabeça) utilizar-se do mecanismo de negação (*Fiz quatro menininhos, ... e só vejo três*).

Nair é uma mulher que possui facilidade em reconhecer ajuda, quando esta lhe é oferecida, e em expressar gratidão (seja pela amiga, por mim, amigos ou médicos).

Nair não se permite ter encontros com outros homens ou interesses por outras situações, por medo e culpa de deixar o filho sozinho pela fantasia de que possa morrer, ou por medo de que falem mal dela. Teme que comentem sobre estar interessada por alguém. Nair não consegue ter consciência de sua necessidade, nem se permite assumir o desejo de ter neste momento alguém que a proteja e que cuide dela. Este desejo é reconhecido como próprio antes do nascimento de L., mas no momento é reprimido em nome de uma ação superegóica que a impede de reconhecer suas necessidades como mulher. Nair destaca seu interesse por policiais, o que faz pensar em sua necessidade de cuidado e proteção.

A briga com o irmão e cunhada deixam-na ainda mais solitária e desamparada. Nair sente que sua mãe expressa uma predileção pelo irmão mais velho, o que em certa medida, me leva a pensar que Nair sinta-se identificada com L., com o filho não visto.

Segundo Winnicott, para que uma mãe possa atender prontamente as necessidades de seu bebê, deve ter também suas necessidades

atendidas por seu ambiente. Porém algumas necessidades de Nair não são sequer reconhecidas.

Nair vive um momento solitário para o exercício dos cuidados maternos e para manter-se em pé segue a linha mestra encontrada, que é o reconhecimento e o amor dos filhos.

Apesar de sua intensa preocupação com a subsistência familiar, Nair consegue fazer uso e contar com a ajuda oferecida. Sente-se sozinha, mas conta com ajuda de algumas pessoas, sentindo-se grata. Nair não expressa preocupação com o desenvolvimento futuro de L. e atém-se aos cuidados diários. A linha mestra em que Nair apóia-se, o reconhecimento e amor dos filhos, lhe dá forças para um encontro prazeroso com a maternidade, que em verdade é onde se apóia sua existência e sua feminilidade. Para Nair ser mulher é sinônimo de ser mãe.

5. 2 Caso 2

Dados de Identificação:

Nome fictício: Maria

Idade: 28 anos

Grau de escolaridade: 1º grau incompleto

Estado civil: casada há sete anos

Profissão: Atualmente desempregada.

Ocupação anterior: caixa de supermercado.

Profissão do marido: taxista

Filho do sexo masculino: JG

Portador de fissura palatina e labial.

JG é o segundo filho do casal.

O primeiro filho faleceu cinco dias após o nascimento, não chorou ao nascer e não chegou a ir para casa, nasceu prematuro, com oito meses de parto normal.

JG nasceu de parto cesariana, com 41 semanas.

Dados das entrevistas:

Maria é uma mulher simples, delicada e meiga. Durante a maior parte dos encontros, Maria manteve seu filho nos braços, exceto alguns momentos em que o deixou com sua irmã, que a acompanhava, na sala de espera. Mostrando-se muito preocupada e aflita que o filho ganhe peso, para ser submetido à primeira das três cirurgias que o aguardam.

Maria prontificou-se rapidamente aos encontros comigo, relatando que já os esperava, pois haviam-na informado de que havia uma psicóloga na equipe.

Maria é natural do norte brasileiro. Seus pais e seu irmão mais novo moram em sua cidade natal.

Migrou para São Paulo com seu marido, em busca de uma vida melhor, seguindo o exemplo de sua irmã, dois anos mais velha.

Maria mora com seu marido e filho em uma casa própria em um município próximo à cidade de São Paulo.

Logo após chegar a São Paulo, há cinco anos, Maria passou por acompanhamento psiquiátrico e psicológico, por mais ou menos um ano, diagnosticada com depressão. (Sentia-se nervosa, triste, preocupada e com dificuldades para dormir). O tratamento foi interrompido por mudanças no posto de saúde em que era atendida. Diz que foi muito importante o trabalho realizado durante este período e que gostaria de retomá-lo, principalmente após a perda do primeiro filho, que foi um período muito difícil no qual ficou bastante doente.

Maria relata que seis meses após a morte do primeiro filho operou a vesícula e pegou rubéola no próprio hospital. Depois de mais dois meses teve problemas pulmonares e depois de mais quatro meses, engravidou de JG, a quem chama de G.

Fizeram todos os exames e acompanhamento pré-natal. Passou bem a gestação, teve apenas enjoos. JG nasceu através de parto cesariana com 41 semanas, com peso e estatura na média e com fissura labial e palatal sem hipóteses etiológicas.

Apresentarei a seguir um recorte das falas de Maria durante as entrevistas, que complementam os dados citados acima, respeitando literalmente suas falas e a seqüência de seu discurso, pois acredito que o discurso literal seja mais explicativo e significativo para análise e discussão do caso.

Algumas falas de Maria:

“Sempre tive muito medo de que esse morresse também.

Nos ultrassons, **nunca apareceu a boquinha, sempre esteve com a mão na frente.** Ele nasceu com a mãozinha na boca.

Só tinha muito medo que ele morresse também, nasceu com a mãozinha na boca. Ele vai fazer três cirurgias. Estou mais conformada.

Quando ele nasceu, os médicos não falaram nada. Ouvi que ele chorou. **Perguntei meu nenê é normal? Vi que ele era forte, porque o outro não chorou.**

Quando eu o vi no dia seguinte. Rezei: Deus me de uma luz para me fortalecer. Todo mundo veio falar comigo no hospital.

O que eu passei no primeiro nenê eu não desejo pra ninguém, é um horror.

Tudo que eu mais queria era ter um filho, tanto eu quanto meu esposo. Sempre foi um sonho.

Tenho primos que tem esse problema. Fez cirurgias, tá normal. Mas até pôr na cabeça.

Eu sei que eu sou nervosa, já fui em psicóloga e psiquiatra. Já tive depressão. Eu sei o que é Fé em Deus. **Se eu ficar deprimida, quem vai cuidar do meu filho?**

No norte, você pensa que alguém vai pensar que vai precisar de remédio pra dormir?

Vim pra São Paulo, com um mês comecei a trabalhar em um mercado. Trabalhei três – quatro anos. Parei de trabalhar grávida do primeiro filho. Casei, construímos nossa casa, compramos um carro e depois temos o primeiro filho. Tudo programado.

Na gravidez eu sou muito enjoada. Do esposo também, até do cheiro dele.

Eu fiquei muito triste. O médico me disse: `Fiquei com medo de te falar...` eu gosto muito deste médico. O primeiro nenê não foi com ele. Foi em outra maternidade, não quis a mesma, que é perto de casa. Jamais passo na calçada. Foi na época do roubo do SUS, com esse foi numa maternidade particular.

Às vezes eu vou falar G., eu falo W. (inicial do primeiro filho). Eles são parecidos. É a mesma carinha.

Penso no outro de uma forma. Não era pra ser meu mesmo. Eu não sei se foi erro médico. Deus quis.

A médica falou se ele sobreviver, não vai ser normal.

E Deus depois me deu esse pra superar tudo. Mas sempre bate na mesma tecla. Ele tem que passar por cirurgias. Tem que pensar: Vai dar tudo certo. **Se eu disser que estou tranqüila, eu estou mentindo.**

G. é uma criança especial, não é G? (Olhando para o filho que dormia em seu colo).

Ele é muito especial, é tudo que eu tenho na vida. Quando eu penso em tudo que ele vai passar, na cirurgia, dá dó. Eu colocava a plaquinha chorando. Com a placa ele mama normal, no meio da boca, antes ele mamava de lado.

Ele não se deu com o leite, ficou ressecado, fui em três pediatras. **Eu não tenho leite, do outro, eu tinha que derramava.**

Meu esposo colocou no primeiro o nome errado, não pôs o sobrenome dele. Mas o G. tá com o nome certinho, logo que chegou com o registro eu olhei tudo.

O intestino dele é ressecado como o meu. Ele não gosta de barulho". (G começa a chorar). Ele tá com fome. (A sessão é interrompida. M. sai para buscar uma mamadeira de leite para G. que a mama olhando para o rosto da mãe, que sorri para ele).

Ele é esperto, já conversa, já ri.

Com um mês, eu chorava e ele já ria pra mim. Ele é muito esperto, acompanha com os olhos.

Ele não gosta de barulho, vem gente em casa, desregula todo o sono dele.

Ele dorme bem, eu ponho ele no berço com um paninho, e ele já dorme, depois eu tiro o paninho". **Tenho medo que ele sufoque, toda hora vou olhar.**

Quando ele tiver com cinco quilos vai fazer a primeira operação e continua com o aparelhinho e com três ou quatro anos a segunda operação.

Eu tenho também medo de dirigir, já sofri três acidentes. **Aí eu penso não vou sair, ele não pode adoecer, tem que fazer tudo certinho, por causa da cirurgia. Então eu faço tudo por ele. Nem saio de casa.**

No início só chorava, até hoje eu choro, eu olho pro G. e eu choro.

No metrô, as pessoas ficam só olhando pra ele. Aí as pessoas falam, ai que bebê lindo! **Não tenho vergonha do meu filho, tem gente que não gosta, que esconde. Porque é diferente, né? Então no metrô, veio uma mulher que eu nem conhecia e falou: - Você é louca de dar aveia, de ficar engrossando o leite. Tem que tomar só leite. Eu já comecei a chorar. Por que as pessoas se metem? A mulher que eu nem conheço. Se eu falar que é leite de caixinha, o que vão dizer"?**

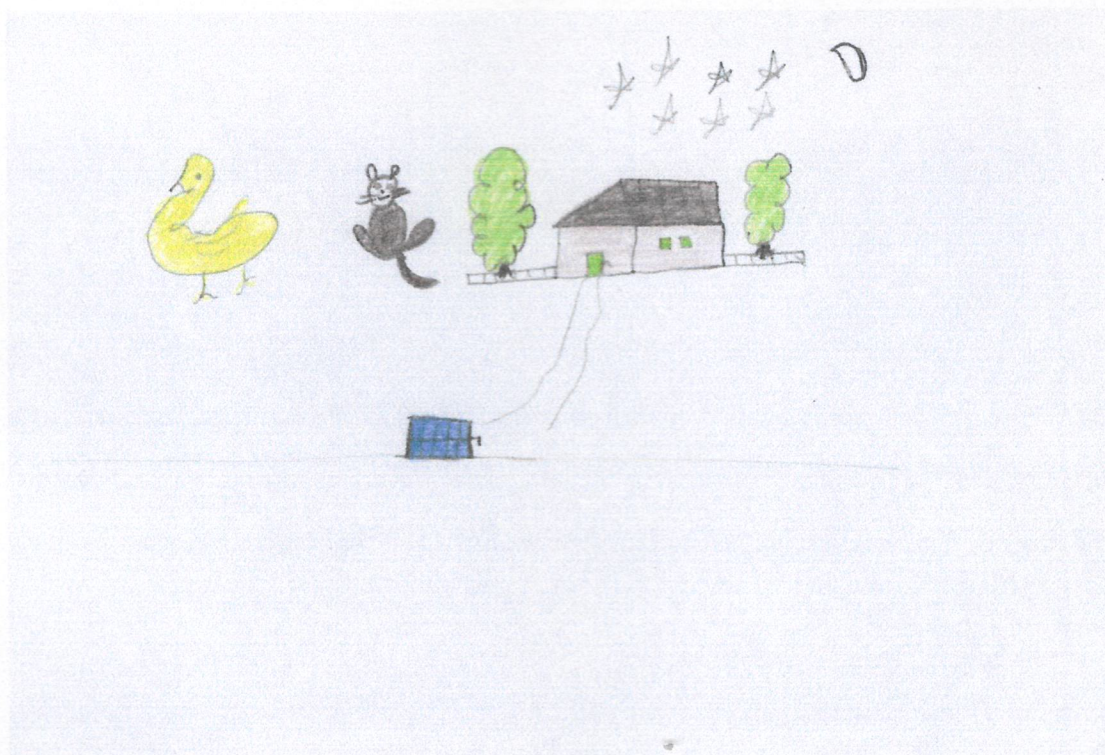
T: Você com tanta coisa. Perdeu um filho, ficou muito doente, aflita com a cirurgia, querendo que ele engorde e ganhe peso pra ficar forte. Com medo que ele sofra, que ele morra e as pessoas se metendo, né? É a mãe quem sabe. Está preocupada em ser uma boa mãe pra ele, em acertar.

“Quando os médicos do defeito da face, me indicaram pra cá me falaram que eu iria passar por uma psicóloga, a gente precisa falar”.

No encontro seguinte, Maria relata que G já está com cinco quilos e que será submetido em breve à primeira cirurgia, expressando tensão e medo diante da cirurgia e alívio por ele estar ganhando peso com facilidade.

Procedimento Desenho-estória

DESENHO 1:



Seqüência: Pega um lápis preto, desenha um patinho. Pergunta: Pode pintar também? – Como você quiser.

Pega lápis amarelo, pinta o centro do patinho. Pega novamente o lápis preto. Desenha corpo, rabo bigode e orelhas.

- Esse aqui é marrom?

Pega lápis marrom. Pinta de marrom, corpo, contorno, rabo, contorno, pinta internamente, contorna orelhas, rosto e bigode.

- É pra fazer mais?

- Como você quiser.

Olha para o papel. – Vou fazer uma casinha. Não tem uma régua?

- Não tem.

- Vai ficar torta.

Pega lápis preto, desenha casa: porta, janelas, telhado, extensão lateral, árvores, estrelas, lua.

- O! lua feia, viu! Ri

Pega lápis marrom, contorno do telhado.

Lápis verde claro, janelas e portas.

Lápis rosa, frente da casa.

Lápis marrom, tronco das árvores.

Lápis verde claro, árvores.

Lápis preto, caminho saindo da porta, dois traços. Pensa, desenha o portão em azul empregando mais força e as grades do portão.

“Tá tudo torta”!

ESTÓRIA 1:

É uma casa. É uma noite de lua, tem animais, tem plantas. É um lar de um casal, recém-casados.

Ai que mais? Este casal gosta muito de animais, (Silêncio)... vai ter filhos (silêncio)... Vão trabalhar aqui mesmo neste local (silêncio) ... Ai não sei...

Não sei mais tirar estória deste desenho não.

SilêncioSó.

Eu não sei... que tem muitas coisas, não sei falar. Não sei fazer livro. Só.

Inquérito:

Como se sentem?

Se sentem bem, felizes por tá aí. Tem que plantar, para colher também, algum fruto, tem que chover.

Título: UM SÍTIO

Análise:

Nesta primeira unidade de produção, Maria aponta para o sonho que a fez migrar para São Paulo, o de constituição de uma família feliz, da conquista de uma vida fértil e rica.

O conteúdo da estória aponta para angústia e tristeza do sonho frustrado, enfatiza que se trata de um sítio de um casal (recém-casados) que ainda planejam ter filhos. Aponta para o luto do primeiro filho, sobreposto ao temor da perda do segundo filho com malformação facial. Ter filhos indica lidar com problemas.

Há neste desenho uma preocupação com pareamentos (lidar com os dois filhos). Pareamentos de duas árvores, dois animais, duas cercas e ainda maior ênfase no portão-porta (força no traçado e unidos por um caminho). O portão e a porta possuem maçaneta que diz respeito à necessidade de trancar, conter suas angústias e transferencialmente a possibilidade de abertura, de contato e apoio.

Um dos animais (o gato) é uma figura humanizada, com destaque no rosto, que remete à malformação facial do filho.

DESENHO 2:

Seqüência: Pega o lápis preto, olha para o papel, desenha cabeça, corpo e por último os cabelos.



ESTÓRIA 2 :

Esta mulher tá com o cabelo assim. Acho que viu um fantasma. Só esse aqui tá bom. Não gosto de desenhar, minha irmã desenha bem nunca gostei de estudar. Estudei até 7ª série. Depois da cirurgia do G. ... Hoje me arrependo. Eu sou de trabalhar.

Essa mulher tá assustada. Viu um fantasma, tá com medo, queria encontrar alguém que ajudasse ela. Por isso que o cabelo dela tá alto. Do susto que ela teve. O cabelo subiu. Todas as mães...tão fazendo, tão falando. Quando ela viu o meu neném. No começo só queria ficar olhando. Depois quer saber se engordou, se tá comendo. Não sei desenhar. O nome da estória é mulher assustada.

Inquérito:

- Com o que ela se assustou?
- A vida dela mudou muito, e ela tá se sentindo sozinha, com medo de ficar louca. Quer dizer ela só está assustada, mas parece que está louca, com os cabelos pra cima. Só isso. Acabou.

Título: MULHER ASSUSTADA**Análise:**

Nesta segunda unidade de produção há uma brusca diminuição de cor e tamanho, que destaca o aspecto de aprofundamento do material.

Este desenho é uma figura humana, que aponta para a consciência que Maria tem de si e da situação. O conteúdo da estória, o de uma mulher que não está louca, mas que parece estar, a partir de um susto por ocasião de uma mudança radical em sua vida, que a deixou de "cabelo em pé".

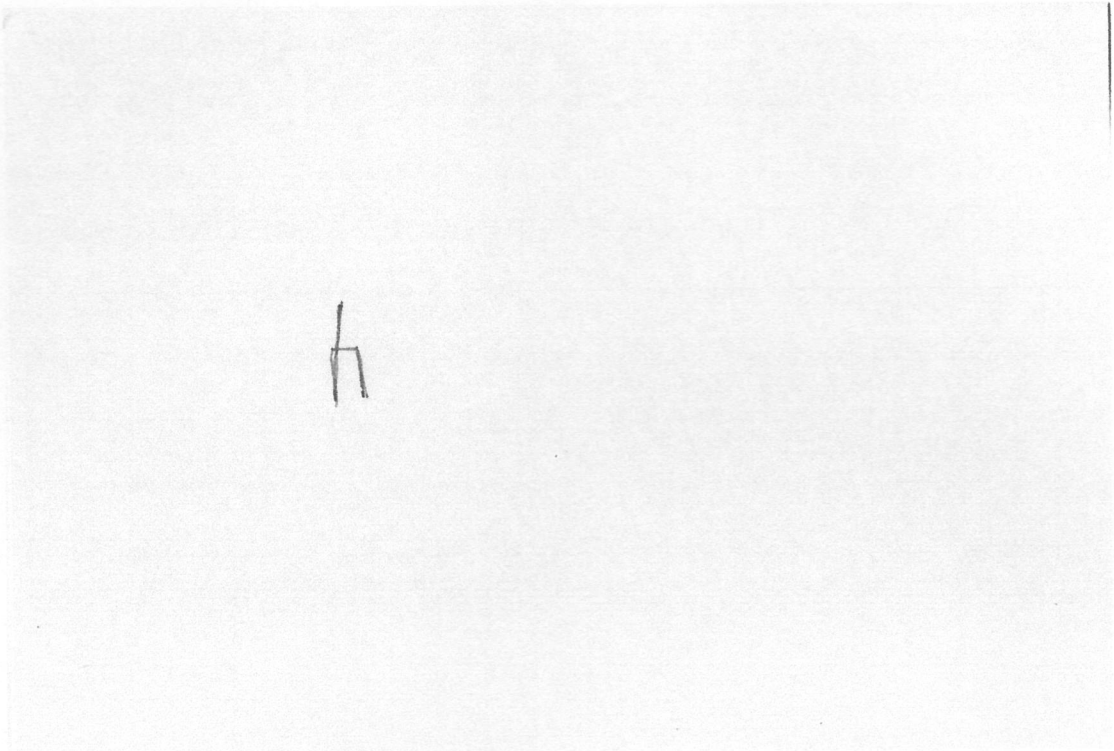
O tema desta estória aponta para este estado de choque e para sentimentos de medo e solidão.

O desenho mostra também dificuldades de olhar, de enfrentar a situação (olhos sem pupila), mãos primitivas, em que aparecem suas próprias deficiências, a boca entreaberta sem dentes. Trata-se de um material regredido. A boca falha aponta para um caminho de identificação com o filho.

A verbalização presente durante a produção desta unidade aponta para um sentimento de inferioridade em relação à irmã (que sabe desenhar, que estudou e tem filhos saudáveis) e por uma preocupação com o social, para o olhar externo direcionado à seu bebê imperfeito e para si mesma como mãe. Aponta para um sentimento de solidão, de exposição e de invasão e para a necessidade de compreensão e cuidados.

DESENHO 3:

Seqüência: Pega lápis preto, fica olhando para o papel, um traço pequeno na vertical, um na horizontal e outro na vertical.



ESTÓRIA 3:

Não parece muito. (Gastei muito no primeiro).

Esta cadeira é de madeira. Serve para sentar. Para subir em cima, pra por cortina. Eu não tenho escada, subo na cadeira. Só tem esta utilidade?

Acho que só. Tá difícil de explicar.

Inquérito:

Se a cadeira sentisse? Não sente não.

De quem é a cadeira? O que aconteceu?

A cadeira é da vizinha. Ela gosta muito dela, toma o maior cuidado para não quebrar. Ela não gosta que suba em cima dela.

O nome é A cadeira da vizinha, que estória sem pé, sem cabeça. Não tem sentido.

Título: A CADEIRA DA VIZINHA

Análise:

Esta unidade de produção demonstra um estado de desamparo. O que seria apoio (uma cadeira) se transforma. Maria se questiona sobre sua própria utilidade.

Aponta para uma fragilidade (medo de quebrar) e indica um pensar-se sem recursos próprios (a cadeira não é sua, e sim de sua vizinha).

O fato de a cadeira ser de sua vizinha condensa a falta e necessidade de apoio, indica uma preocupação com o social, de um temor de reprovação e críticas externas e ao fato de não gostar de ser pisada, maltratada.

DESENHO 4:

Seqüência: Lápis preto: desenha um quadradinho e minúsculos traços.



ESTÓRIA 4:

Que desenho faço agora? Se eu soubesse desenhar era bom.

Agora eu não tô tão preocupada com o desenho, tô com a estória.

Este quadradinho é uma TV. Ficou pequenininho.

Esta TV é da marca gradiente. Dá muito problema, já levei no conserto várias vezes, conserta, quando chega em casa dá problema de novo. Mas quando ela tá boa, dá pra ouvir as notícias, que não são muito boas, mas são as notícias da vida. O nome dessa estória é minha primeira TV, do casamento.

(Eu fiz ao contrário. Tenho um rádio, que é gradiente. Nunca mais compro esta marca).

Título: MINHA PRIMEIRA TV DO CASAMENTO.

Análise:

Esta unidade de produção apresenta uma maior diminuição de tamanho em comparação às duas unidades anteriores, que confere ainda mais ao conjunto global um aspecto de aprofundamento.

A quarta unidade de produção aponta para o questionamento de seus próprios investimentos (próprio casamento e filhos). A referência verbal de ter gasto muito no primeiro desenho (primeiro filho), ressalta novamente a temática de sentir-se com poucos recursos para cuidar deste filho. Seu olhar para este filho é sobreposto ao luto do primeiro filho.

Esta unidade de produção aponta ainda para um sentimento de ser estragada, de produzir mercadorias defeituosas. Parte de seu sentimento de fracasso é projetado no marido (TV do casamento), mas não o suficiente, sente-se responsável e culpada pela produção de filhos com problemas. Traz o sentimento de solidão e de medo da perda deste filho também. Aponta para uma necessidade de comunicação e da

consciência e temor de que a comunicação pode colocá-la diante de sentimentos difíceis (as notícias não são muito boas). Através das produções Maria entra em contato e toma consciência de seus sentimentos e estado regressivo.

DESENHO 5:

Seqüência: Pega o lápis preto, desenha um pássaro, ri, desenha árvore em baixo.



ESTÓRIA 5:

Este pássaro, todos os dias ele canta nesta árvore as 9:00 horas da manhã, no mesmo lugar.

Que pássaro bonito!! Voa, voa, mas sempre volta para a mesma árvore.

Agora o nome dessa estória? Pássaro cantador.

Inquérito:

Me explica mais essa estória ?

Acho interessante, porque o pássaro por ser animal, a beleza da natureza, vir no mesmo lugar. A natureza é muito bonita. Tem momentos que a gente não tem tempo de olhar, principalmente aqui em São Paulo. É isso.

Título: PÁSSARO CANTADOR

Análise:

Esta última unidade de produção é um desenho mais fluido, que mostra a inteligência de Maria e um potencial de movimentos.

Há uma desproporção entre o tamanho do pássaro e a árvore, que aponta novamente para o tema do duplo (os dois filhos/ ela e o segundo filho). Indica o tema da repetição da experiência dramática.

Com a desproporção, o desenho apresenta uma sobreposição que aponta para a sobreposição dos filhos, o que demonstra a dificuldade de Maria em olhar para este filho e não ver o outro (o morto) também. Este material expressa uma ambigüidade em relação ao filho vivo. O filho vivo possui um defeito no rosto, de certa forma lhe traz esperanças e sentimentos de felicidade, de realização da experiência de maternidade, mas simultaneamente sua presença e seu defeito marcam a tristeza do filho perdido e conseqüentemente o temor de perdê-lo também.

Aponta também para preocupações quanto à estética e demonstra esperança quanto ao poder olhar e fazer parceria com o bebê que vive e retorna a seus braços.

Este desenho já um pouco maior, traz uma possibilidade de organização da angústia e de diminuição do medo. O conteúdo da possibilidade de observação da beleza e do natural demonstra

esperança e aponta um retorno ao conteúdo do primeiro desenho, o da programação (sonho) de constituição de uma família feliz. O conteúdo de voltar sempre ao mesmo lugar e de poder observar coisas que não se vê em São Paulo refere-se também ao desejo de voltar às suas origens e de um retorno ao infantil, ao acalento que não possui desde as mudanças de sua vida (perda do primeiro filho e nascimento do segundo com malformação). Demonstra reminiscências de boas experiências de quando bebê.

Síntese geral do Caso:

Maria é uma mulher inteligente e com recursos, que vivencia um estado regressivo, diante da repetição de uma experiência dramática em sua vida (a perda do primeiro filho logo após o parto e o nascimento do segundo com fissura labial e palatal).

Vivencia a sobreposição dos dois filhos e apresenta inúmeros temores quanto à sobrevivência do segundo. (*Sempre tive medo de que esse morresse também...Vi que ele era forte, porque o outro não chorou*).

Maria apresenta sentimentos de tristeza, solidão e desamparo e necessidade de apoio, segurança e cuidados para o exercício da maternagem de seu bebê, além de calma para superação das cirurgias.

Maria possui um caminho de identificação com seu bebê, até mesmo pelo aspecto de sentir-se defeituosa como ele.

O olhar de Maria para JG reflete alegria por ele estar vivo e expressa temor por sua não sobrevivência. Reflete também uma tristeza por seu defeito, marca esta que se sobrepõe, que se condensa com a tristeza do filho perdido (*E Deus me deu esse pra superar tudo. Mas sempre bate na mesma tecla*).

Expressa ainda uma ambigüidade quanto ao desejo de que tivesse em seus braços, vivo em seu lugar o outro, o morto, sem defeitos na face, vivo. Seu olhar reflete um estado interno de susto, de choque, de medo, de luto do filho perdido. Maria está de “cabelo em pé” diante da perda do primeiro filho e do temor da perda deste também. (*Tenho medo que ele sufoque, toda hora vou olhar...Ai eu penso não vou sair, ele não pode adoecer, tem que fazer tudo certinho por causa da cirurgia. Então eu faço tudo por ele Nem saio de casa....No início só chorava, até hoje eu choro, eu olho pro G. e eu choro*).

Os filhos são sobrepostos como se fossem um só. (*Às vezes eu vou falar G. eu falo W. Eles são parecidos. É a mesma carinha*). Maria olha para G e não o vê apenas. Seu olhar contém também a tristeza do filho perdido. A malformação de G. significa para Maria o temor de perdê-lo também.

Maria, por identificar-se com seu bebê (*o intestino dele é ressecado como o meu*), apresenta capacidade de ultrapassar esta sobreposição susto e tristeza que “seu olhar reflete” (*Ele é esperto, já conversa, já ri. Com um mês, eu só chorava e ele já ria pra mim... Ele é muito esperto, acompanha com os olhos*). Maria apegase a esperanças e retira do encontro com o filho forças para suportar e superar o temor e a tristeza. (*Se eu ficar deprimida, quem vai cuidar do meu filho?*).

Maria necessita marcar diferenças entre as histórias dos bebês, numa tentativa de garantir obsessivamente diferenças entre os destinos de seus dois bebês. Maria necessita “limpar os erros” relacionados ao primeiro bebê, buscando garantias para a sobrevivência do segundo. O mecanismo utilizado é uma espécie de anulação, para minimizar o intenso temor de perda do filho. (*Vi que ele era forte, porque o outro não chorou. / O primeiro nenê não foi com ele (médico). Foi em outra maternidade, não quis a mesma, que é perto de casa. / Meu esposo*

colocou no primeiro o nome errado, não pôs o sobrenome dele. Mas o G. tá com o nome certinho. Logo que chegou com o registro, eu olhei tudo).

Maria apresenta sentimentos de invasão e desqualificação em relação aos olhares externos, o que indica a tendência a um comportamento de isolamento social. *(No metrô as pessoas ficam só olhando pra ele... Então no metrô, veio uma mulher que eu nem conhecia e falou: -Você é louca de dar aveia, de ficar engrossando o leite... Eu já comecei a chorar. Por que as pessoas se metem?).*

Maria necessita de cuidados e compreensão que lhe dêem sustentação para o exercício das funções maternas, propostas por Winnicott.

Vivencia o estado de Preocupação Materna Primária, porém os temores intensos quanto à sobrevivência do filho, somados ao luto do primeiro filho, destacam a necessidade e o desejo de um acompanhamento especializado para auxiliá-la a sentir-se segura e amparada para poder proporcionar maior segurança a seu bebê.

5. 3 Caso 3

Dados de identificação

Nome fictício: Augusta

Idade: 31 anos

Estado civil: Casada há seis anos

Profissão: Economista (em licença maternidade).

Profissão do marido: Professor universitário

Filha do sexo feminino: J (primeira e única filha)

Síndrome de Leigh¹

Idade de J: Quatro meses e meio

Dados das entrevistas:

Augusta vive com o marido e filha em um apartamento próprio em um bairro bem localizado na cidade de São Paulo. Tem um irmão mais velho, casado que tem um filho adotado, um mês mais novo que J.

O pai de Augusta faleceu há aproximadamente vinte anos e sua mãe viúva é uma pessoa bastante próxima e presente na vida de Augusta.

Na época da primeira entrevista com Augusta, não havia certeza quanto ao diagnóstico de J.

J. nasceu através de parto cesariana. Com peso e estatura normais, sem nenhuma alteração física aparente e até o quarto mês mantinha

¹ Síndrome de Leigh (encefalopatia necrotizante subaguda infantil). Caracteriza-se pela degeneração já durante a infância ou juventude do gânglio basal, da medula espinhal e do bulbo raquidiano.

É geralmente causada por mutações MTATP6*NARP89936y ou MTATP6*NARP89936C. Estas mutações inibem a translocação de proteínas pelo complexo V, limitando assim a capacidade do ATP sintetase produzir ATP. Os tecidos dos indivíduos afetados da Síndrome de Leigh portam habitualmente 95% do DNA mutado. Em indivíduos com níveis mais baixos de DNA mutante se observam manifestações menos severas.

As manifestações clínicas observadas são debilidade muscular, marcada hipotonia generalizada, letargia, dificuldades na alimentação, retardo do crescimento, tumores oculares, retinite pigmentosa e cardiomiopatias.

Geralmente as alterações são relacionadas a problemas mitocondriais que são transmitidas pela mãe. Porém existem casos em que não se encontram mutações nas mostras de sangue da mãe, tias e avó materna. Informações colhidas pela internet em 25/05/2003 – vide referências bibliográficas.

naturalmente uma rotina doméstica, sendo amamentada exclusivamente ao seio materno.

Porém sua mãe (a quem chamarei de Augusta) suspeitou de que o desenvolvimento de J. não ocorria normalmente. Observava que J não apresentava sustentação do globo ocular e do pescoço e um tônus muscular flácido em comparação com bebês de sua idade.

Meu primeiro encontro com Augusta ocorreu no consultório particular do Dr. Z. (que foi indicado ao casal por ser um pediatra e especialista renomado em genética da grande São Paulo, enquanto aguardavam os resultados de exames solicitados por outros profissionais que suspeitavam de que J. apresentava Síndrome de Leigh).

Neste primeiro encontro que antecedeu a segunda consulta de J. com seu novo médico, o diagnóstico ainda não estava fechado. Pelo contrário, durante a primeira consulta com Dr. Z, (ainda sem a posse dos resultados dos exames), o casal foi informado de que o mais provável é de que J. apresentava apenas um atraso de desenvolvimento motor, informação que não convenceu totalmente sua mãe, como verão a seguir ao entrarem em contato com seu discurso.

Apresentarei a seguir um recorte das entrevistas com Augusta, como nos dois casos anteriores, ressaltando suas falas e sendo fiel à seqüência de seu relato, por acreditar que o próprio discurso possa ser mais enriquecedor para análise e discussão do material.

Este caso, em particular, apresenta uma especificidade, além da certeza de alguma malformação do bebê, diagnosticada durante seu primeiro semestre de vida (variável fundamental para a seleção dos casos), se trata de um quadro em que o diagnóstico não foi fechado imediatamente. Os encontros com Augusta foram realizados durante o período em que está sendo realizada a pesquisa diagnóstica que o quadro requer e achei conveniente, portanto, apresentar o material

coletado, explicitando o momento dos nossos encontros em relação às notícias diagnósticas fornecidas pelos profissionais.

Algumas falas de Augusta na primeira entrevista:

“Aos quatro meses, antes da consulta de rotina ao pediatra, notamos que J. estava chorosa, com o pescoço “molinho” para a idade e não acompanhava com o olhar.

O Pediatra encaminhou para um neurologista. **“Aí começamos a ficar pirando”**.

O Neurologista pediu eletroencefalograma e ultrassom da cabecinha, no mesmo dia havia tomado vacina que normalmente provoca um quadro de sonolência.

Fomos ao Pronto Socorro do Hospital Samaritano, ela fez exame de sangue e de urina, passou a tarde toda em observação no Pronto Socorro, e os exames apresentaram resultado normal.

Neste mesmo dia à meia noite, apresentava-se sonolenta de novo. Ligamos para o pediatra e voltamos ao Hospital, sob sua orientação e comentário: -Não deveriam ter saído de lá. **Ficamos desesperados**.

“J. passou por um stress “danado”. Tiraram líquido da espinha. O resultado foi normal.

Voltamos ao neurologista e relatamos a história passada no dia anterior. A neurologista solicitou repetir o eletro, em sua própria clínica, que apresentou uma pequena alteração.

Ele solicitou ressonância magnética do crânio, que ficou pronto no dia seguinte. **“A gente não entendia nada”** Ela apresentava uma minimielinização, não sei direito os termos. Quando a neuro pegou o resultado, mandou internar imediatamente.

Voltamos para o hospital. “A família toda desesperada”. Ela foi internada e foi solicitada uma série de exames. Oito no total: Eco, fundo de olho,

sistema arterial e venoso, eletro de 40 minutos, urina... oito exames no total.

Na terceira feira, na noite de internação eu perguntei para o neuro:

“Ela tem algo grave?” - Tem grande chance, foi a resposta.

“Eu fiquei desesperada, mas contando com o apoio de toda a família”.

(Chora).

Na 5ª feira, o neuro não voltou de manhã, só a tarde. **Eu estava sozinha com ela no quarto. Meu marido havia saído** para fazer um lanche. O neurologista trouxe o resultado dos exames, todos normais, só um pequeno aumento de potássio. **E ele me disse que o caso era grave, que ela tinha Síndrome de Leigh, em que ela iria aos poucos perdendo a memória os movimentos e até coisa pior.**

(Relata chorando) Eu perguntei: A morte? Ele respondeu que sim.

“Eu pedi que ele esperasse o meu marido voltar”.

E ele continuou: - Tudo indica que esteja caminhando para isso.

“Nessa hora eu estava sozinha com a J., o meu marido havia saído”. (chora bastante ao narrar).

Nós ficamos desesperados e meu cunhado, nos mandou procurar o Dr. Z.

Na 6ª feira tivemos consulta com o Dr Z. **A esta altura eu não conseguia mais amamentar. Pedi para minha mãe ir dormir em casa.**

Dr. Z. nos disse acreditar que ela não tenha nada, e sim uma hipotonia, por falta de estimulação e que a indicação é fisioterapia, além de observar seu desenvolvimento.

Nos explicou que a Síndrome de Leigh é uma doença mitocondrial. É um problema causado pela mulher, sendo assim eu deveria ter e minha

mãe também. A chance da J. ter esta síndrome, segundo Dr. Z. é de uma em dez milhões.

Ela apresenta um atraso, que corresponde a dois meses e meio. Meu irmão tem um filho com um mês de diferença, e tenho contato com outras crianças. É nítido o atraso. As crianças nessa fase já estão começando a rir.

O Dr. Z. está vendo-a toda semana. Quer acompanhar sua evolução. **Às vezes eu acho que meu marido se ilude. Eu sou um pouquinho mais pé no chão.** Na fisioterapia (minha cunhada está atendendo) eu vejo uma melhora, bem aos pouquinhos, **está tendo uma melhora, mas não como parece que meu marido vê.**

Nós ficamos examinando-a o tempo todo.

Eu não sei por que ela está tendo este atraso. Por que com cinco meses tem que ser estimulada? Chega uma hora que eu não tenho mais estímulo para estimulá-la.

Nas quatro últimas noites ela acordou várias vezes de madrugada. Eu estou cansada, é musiquinha e brinquedo o tempo todo. Ela já começou a pegar os brinquedos.

Tudo começou no dia 11 do mês passado, vai fazer um mês que nossa vida mudou.

Minha família toda é espírita. J. passou por uma consulta. Disseram que ela está um pouco debilitada.

Minha mãe falou assim: Vai ver que essas coisas acontecem e servem para os pais acordarem, ter mais crença.

De certa forma, depois da consulta espírita, eu melhorei bastante, eu senti que até J. melhorou também.

Mas, foi um casal amigo nosso, com uma filha de 15 dias de diferença. Quando eu vi a menina toda durinha, observava, ria. **Eu sei que não deveria, mas eu fiquei chateada, não pela menina, mas por esperar**

que a minha também tivesse fazendo as mesmas coisas. Nada com a menina.

Eu me perguntava: A minha não podia estar assim também? Isso me deu uma tristeza.

Perguntei ao meu marido se quando ele olhou para a outra menina se ele pensou a mesma coisa que eu. Ele disse que não, que não ficou chateado.

Para ele é muito mais fácil do que para mim. Eu ainda tenho muito medo de que ela tenha alguma coisa grave. **Eu não tenho essa certeza de atraso.** Ele tem certeza, que só tem uma diferença de tempo.

Eu sou muito ansiosa.

Eu tenho um irmão, eles não tiveram filhos e nem quiseram pensar em inseminação artificial, adotaram. **O filho deles E, tem um mês certinho menos que a J. e também faz muito mais que ela.**

Fica um medo muito grande. Um trauma também do Hospital, do médico, da forma como ele falou.

Minha mãe fala: - Esquece! Eu tento, mas no fundo não dá, é tudo muito recente.”

Esta sessão foi neste momento interrompida, para a consulta com o pediatra. Marcamos um novo encontro após quinze dias, quando retornariam para mais uma consulta com Dr. Z.

Após quinze dias:

Na sala de espera do consultório do pediatra, Augusta me pergunta se podemos conversar enquanto amamenta J.

Augusta dirige-se ao marido e pergunta: Depois que ela mamar, você me ajuda, pegando-a para arrotar?

Após 20 minutos de sessão (amamentando), Augusta leva J. para o marido, que aguarda na sala de espera.

Inicialmente (enquanto amamenta) Augusta me conta que passaram por um neuropediatra indicado pelo Dr. Z., que confirmou a hipótese diagnóstica de Síndrome de Leigh e que aguardam o resultado de dois exames que estão em avaliação nos Estados Unidos da América e Canadá.²

Augusta relata ainda que J. iniciou o uso de uma medicação (ingestão de enzimas que as pessoas com esta síndrome não produzem) e que está fazendo fisioterapia.

Augusta relata que o marido desde o início do casamento queria ter filhos, mas que optaram por esperar que a vida econômica estivesse mais equilibrada. **“Aos 30 anos tive um “clique – acho que é a hora. Todo mundo fala do quanto é perigoso ter filhos após os 35 e paramos de evitar”.**

“Eu preferia que fosse menina”.

A escolha do nome foi feita pelo marido e pela mãe. O marido pensou no nome, a mãe também achou bonito e então combinaram se fosse menina seria J. de sua escolha e se fosse menino ela escolheria. “Não conseguia pensar em nenhum nome de menino”.

A. relata que tem um irmão oito anos mais velho. Sua mãe é viúva. Seu pai faleceu há quase 20 anos. “Minha mãe deu a maior força no início. Ficou os dez primeiros dias em casa, ajudando com a casa e comida. Depois eu queria ficar com o R (marido) e com a J, agradei e disse que ela já podia ir pra casa dela. **Mãe e filha sempre se fazem mais companhia”.**

Durante esta entrevista Augusta amamentava J. e a olhava com carinho, enquanto J. também lhe dirigia o olhar. Então Augusta diz

² Estes exames são para investigar a porcentagem de DNA mutado.

carinhosamente para J.: **"Vesguinha não"!!! Eu sempre quis ter uma filha morena de olhos claros, mas não assim.**

... e continua...

"Uma noite em casa estávamos nós três, e comecei a ficar agitada, na verdade bastante angustiada, com um pressentimento ruim. Irritada. R tentou me acalmar.

Às vezes, eu não sei direito o que ocorre comigo. **Eu acho que penso no pior para me defender para estar preparada caso aconteça.**

- Você se reconhece nisso? Esse é seu jeito?

- Não, não é. **Mas essa é a situação mais difícil da minha vida.**

Eu me sinto muito triste. (chora por um longo período)

Tem horas que estou bastante triste (chora) e tem horas que estou bem, temos que aguardar os exames e ir vendo como ela responde. Vem um monte de perguntas: **Por que comigo? Esta é uma pergunta que retorna sempre.**

São vários exames, até pra ver se o problema é comigo ou com R. Mas na verdade isso não muda nada. Na consulta com Dr. C (novo neuropediatra) eu **tive vontade de perguntar se ela terá problemas intelectuais, mas não tive coragem de perguntar. Deixa pra um próximo momento.** Li um material que me indicaram da internet sobre um caso de um menino, que só diagnosticaram aos oito anos de idade quando começou a apresentar sintomas na escola. **O R. ficou animado, mas eu não.** Isso significa que se o menino só começou a apresentar os sintomas na escola é porque ele tinha um quadro melhor do que o da J.

Eu consegui mais um mês de licença no trabalho, irei passar em uma entrevista com uma assistente social do banco.

Não sei se volto a trabalhar. Com certeza se a J. fosse uma criança sem problemas eu a colocaria em um berçário, mas **eu não sei o quanto ela**

vai requerer de atenção. Se colocar uma babá tem que ser muito bem indicada e que tenha trabalhado com alguém. Estou pensando em abrir mão de trabalhar pra cuidar dela. Sei também que não posso ficar grudada nela o tempo todo, mas ficar 5-6 horas por dia longe dela? Deixar com mãe ou com sogra? Não! Isto é algo que terei que decidir, vou precisar de alguém para ajudar, mas ficar fora tanto tempo. Não sei. Vamos ter que esperar os resultados dos exames.” A sessão foi interrompida e marcamos um novo encontro para quinze dias.

Procedimento Desenho-estória

DESENHO 1:



Seqüência:

Não sei desenhar nada, só casinha. E é isso que eu vou fazer.

Seqüência: Lápis preto: casa, portas, chaminé.

Lápis vermelho: cortina.

Lápis marrom: fumaça.

Lápis verde: grama.

Lápis preto: Caminho. "Sempre faço este desenho, desde pequenininha".

Lápis marrom: árvore.

Lápis verde: copa da árvore.

Lápis vermelho: Frutas, bola e cabinho.

Lápis preto: pessoa na janela, traços no telhado.

Lápis rosa: pintura interna de parte da casa.

Lápis vinho: pintura de outra parte interna da casa.

Lápis verde: pintura de outra parte interna da casa.

Lápis verde: Grama, cabo e folhas das flores.

Lápis vinho: pétalas das flores.

Lápis amarelo: miolo das flores.

Lápis azul claro: Telhado "Olha que desenho mais infantil!"

Lápis azul: nuvens.

Lápis preto: gaivotas.

Lápis amarelo: Sol.

Lápis laranja: raios de sol.

Pronto!

Estória 1:

Hã? Não tenho estória pra contar.

Não consigo ter essa criatividade agora.

Imagina um sítio simples, uma menina na janela em um dia alegre.

Uma casa onde tudo corre bem.

Inquérito:

Quem mora nesta casa? – A família da menininha — ela, mãe, pai e irmão.

Como a menininha se sente? A menininha está feliz, qualquer uma estaria contente. Tudo corre bem.

Título: A CASINHA

Análise:

Esta primeira unidade de produção aponta para uma mulher que tem preocupações, e que tem consciência de seu estado frágil e regredido.

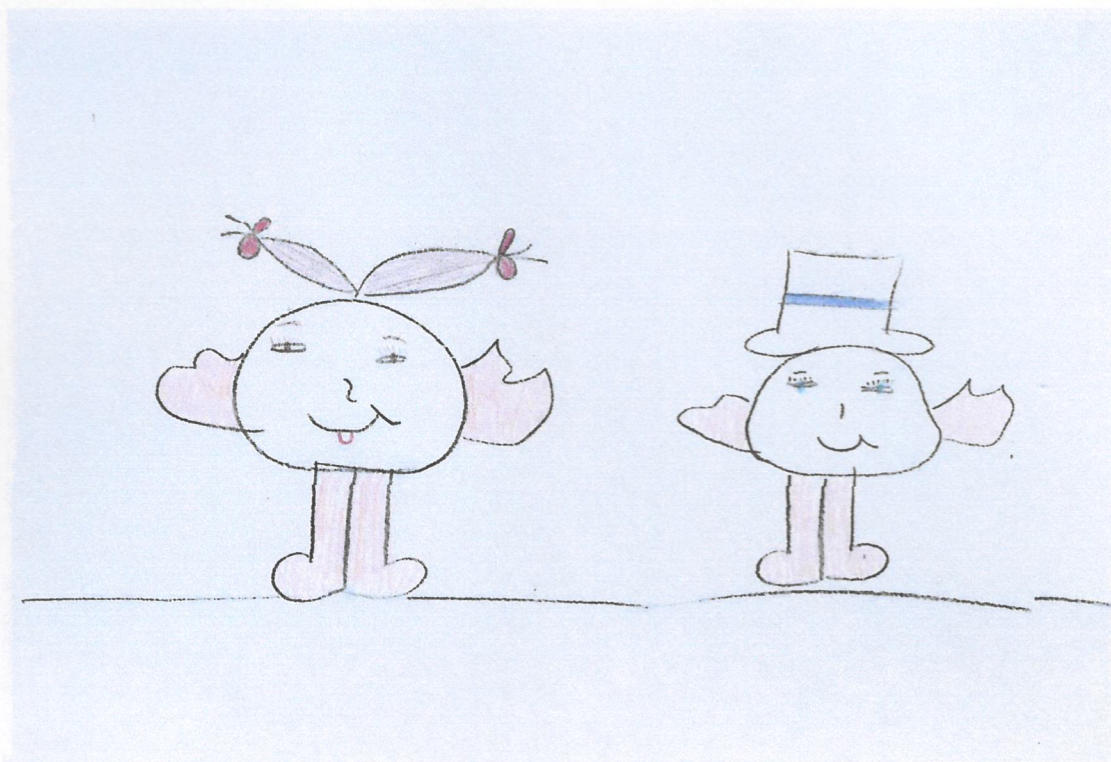
Augusta demonstra se sentir sem posse de sua criatividade, em que sente-se regredida como uma menininha, que desejaria retornar para uma época em que sentia-se amparada por uma família completa, sem problemas, a olhar a vida pela janela.

Este desenho apresenta vários detalhes incompletos, sem pontos de contato. Há uma ênfase na base, porém com contato insatisfatório, que indica que potencialmente algo pode tirá-la do chão, embora seja alguém que se atém à realidade.

Há ênfase na organização, os espaços são claramente delineados e bem definidos que apontam para defesas obsessivas.

Augusta é uma mulher que possui facilidade para formação de duplas, de casal, de vivência de cumplicidade, mas que se vê sozinha.

DESENHO 2:



Estória 2:

Agora sem ser este desenho da casinha, vou tentar os bonequinhos que eu fazia.

Lápis preto: (Ri) Contorno bonequinha. "Olha isso! Essa é a mão, essa é a chiquinha. A gente desenha quando é criança, depois trabalha e não desenha mais.

Seqüência:

Lápis preto ainda: contorno bonequinho.

Lápis vermelho: Laços do cabelo e língua.

Lápis marrom: cabelo.

Lápis rosa: pernas.

Lápis azul: traço no chapéu.

"Tá bom vai. Vou ter que contar uma estória também?"

"Não fiz nem olhinhos para eles, coitados".

Lápis marrom: olhos, cílios e sobrancelhas.

Lápis preto: cílios e sobrancelhas do boneco.

Lápis azul claro: olhos.

Não tenho uma estória pra contar. Deixa eu ver o que são um do outro...

Acho que são paquera.

Ele é mais tímido, ela é mais extrovertida. Ela é mais malandrinha, ele é mais na dele e no fim eles vão acabar namorando. Ele consegue namorar com ela.

Inquérito:

Como ele consegue namorar com ela? Ele se encantou e ela acaba cedendo aos galanteios. Ele com esse chapeuzinho, com jeito de quem não quer nada.

Título: Os bonequinhos

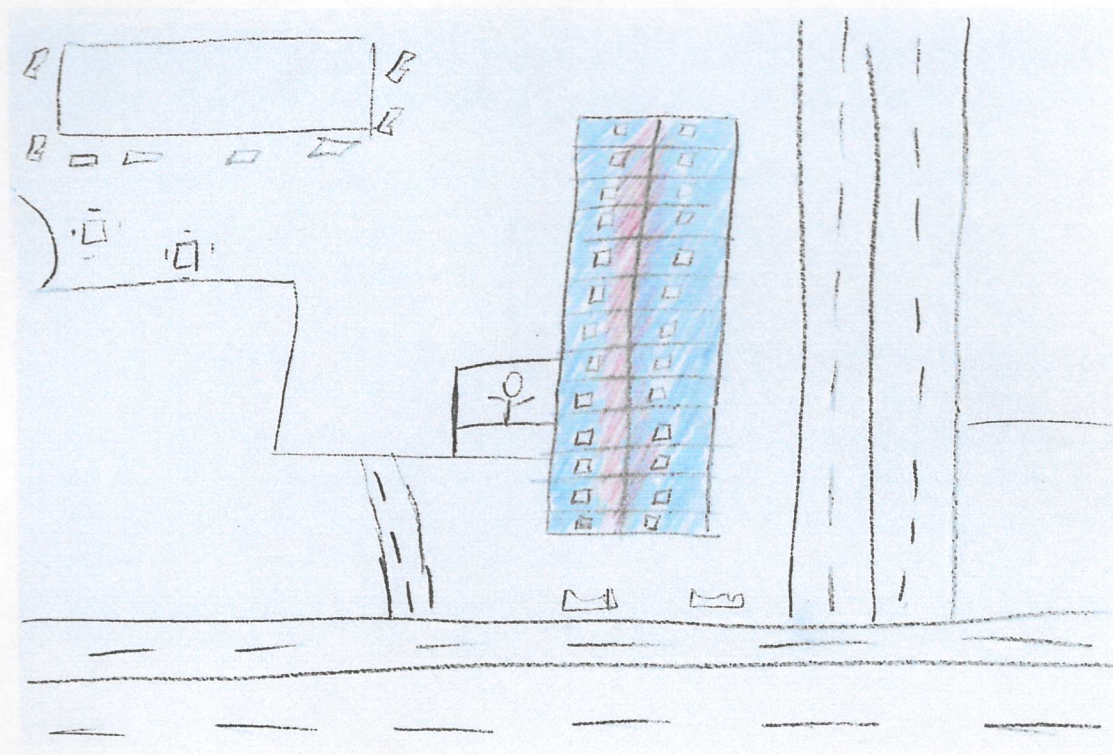
Análise:

O tema desta segunda unidade de produção é o tema: Casal. Há um clima de paquera, de resgate do encontro amoroso, sexual. Os bonequinhos são os bonecos da infância, são estereotipados e as características sexuais são suprimidas. As diferenças entre os sexos são registradas de forma infantil, através de laços e chapéu. Indicam um adiamento deste encontro de uma regressão que destitui a sexualidade. Há grande ênfase na cabeça, indicando a existência de identidade intelectual com o marido, porém percebendo-o como uma figura mais frágil. Os braços sem mãos indicam contatos prejudicados.

Augusta tem plena consciência de que está se apresentando no material, compreende-se mais malandrinha que o marido. A bonequinha que está com a "língua de fora". Sinaliza seu erotismo.

Nesta unidade de produção há uma busca de base, porém vazia, aponta para o aspecto apresentado na unidade anterior de busca de base, mas com contatos insatisfatórios.

DESENHO 3:



Estória 3:

Agora eu preciso imaginar o que eu vou desenhar. Já sei!

Lápis preto: Retângulo no centro, dois traços paralelos, dois traços paralelos em baixo "Aqui tinha que apagar" (Mostra com a mão).

Traços no retângulo central e quadradinhos dentro.

"Na verdade é uma sacada. Como não sei fazer sacadas faço janelinhas.

Lápis azul claro: Pinta o prédio.

Este eu tenho bastante estória, os outros eram desenhos de quando eu era pequenininha, esse eu tô fazendo algo mais real.

Lápis vermelho: centro do prédio de baixo para cima.

Lápis preto: sacada lateral no retângulo. Pessoa na sacada.

“Bom, esse é o meu prédio” Lápis preto: Desenhando enquanto narra a estória.

Aqui é a minha rua, duas mãos, a esquina também de duas mãos. Moro no segundo andar, que é o primeiro no nível da rua. Aqui atrás tem piscina e uma área ampla.

Nesse prédio temos uma turma muito grande, uns dez casais. Que mais eu posso falar?

Na verdade se você for olhar, vai pensar que são muito amigos. Mas não é bem assim. Tem fofocas.

Eu sou uma pessoa que sempre abri minha casa pra todo mundo e rolou fofocas.

Apesar de serem todos legais, tem gente que você mais se identifica.

Sabe o que eu sinto?

Que quando eu engravidei elas falavam: Vai acabar fim de semana, já falavam da outra que tinha filhos.

Minha mãe ficou em casa, depois que a J. nasceu, ajudou em casa com comida uns dez dias.

Fizeram o comentário que eu dizia que estava sempre ocupada, mas que eu não estava sempre ocupada. Fiquei sabendo por uma vizinha.

Ela me disse: Tá rolando um comentário que você não tá querendo receber as pessoas na sua casa, para visitar a J.

Não disse que era. – Achei horrível.

R. (marido) não gostou da história e mandou email.

É assim o que eu sinto. Todo mundo, ai como ela é linda! Como ela é linda!

Quando tudo isso começou a acontecer, você conta. Quando tem uma festa todo mundo repara. Pra mim tudo bem. Seria melhor, seria mais a vontade se perguntassem.

- O que tem vontade de dizer?

Não ando com vontade de dizer nada. (Chora).

Na verdade tem muita criança no meu prédio. Criança indo, voltando, brincando com babá. E eu me pergunto: Será que a J. vai pra escola?

Eu tô deixando de viver fases que toda mãe vive, de ver a criança rir buscando brinquedos.

Eu falei pra minha mãe: - Às vezes a gente é egoísta. **Se eu visse um casal com um bebê, a primeira coisa que eu iria pensar é coitado do casal.**

É um egoísmo eu pensar na sociedade, o que as pessoas estão pensando.

Não sei se vai afetar mentalmente, motoramente.

O que eu sei as pessoas que são próximas sabem. A gente se dá bem com todo mundo.

No prédio tem tanta criança, tanta turminha de diferentes faixas etárias. E tem a leva dos bebezinhos, que seria a turma da J. então eu tenho medo.

É muito difícil estando na pele, na pele do casal.

O que me preocupa mais é a nossa vida em si mesmo. Saber se vou poder voltar pra trabalhar.

Eu acho que melhorei bastante, desde que soube da notícia, penso no pior, pra não me chocar tanto. Eu não sei se quando for acontecendo o pior como vai ser.

Eu já não acordo mais assim, quando você abre o olho e se depara: olha o problema que eu tenho. Já acordo como vai ser o meu dia.

Independentemente do problema dela, a gente continua passeando, dando risada. É o que eu penso e o que procuro fazer.

Lembrei que aqui do lado (mostra no desenho) tem uma cabelereira. Então fui lá, porque é mais perto.

Título: Edifício R (nome do edifício onde mora)

Análise:

A partir de um casal, Augusta chega através do procedimento desenho estória ao momento atual. Este desenho é mais desorganizado, as defesas obsessivas não estão mais tão marcadamente presentes.

As bases ainda estão suspensas e esvaziadas. Augusta faz um movimento de encarar realisticamente sua posição.

Esta unidade de produção expressa sua vida social, comunitária e suas vias de contato. Há uma via de contato que apresenta uma nova interdição (traço que gostaria de apagar no desenho), uma barreira é acrescida em sua realidade.

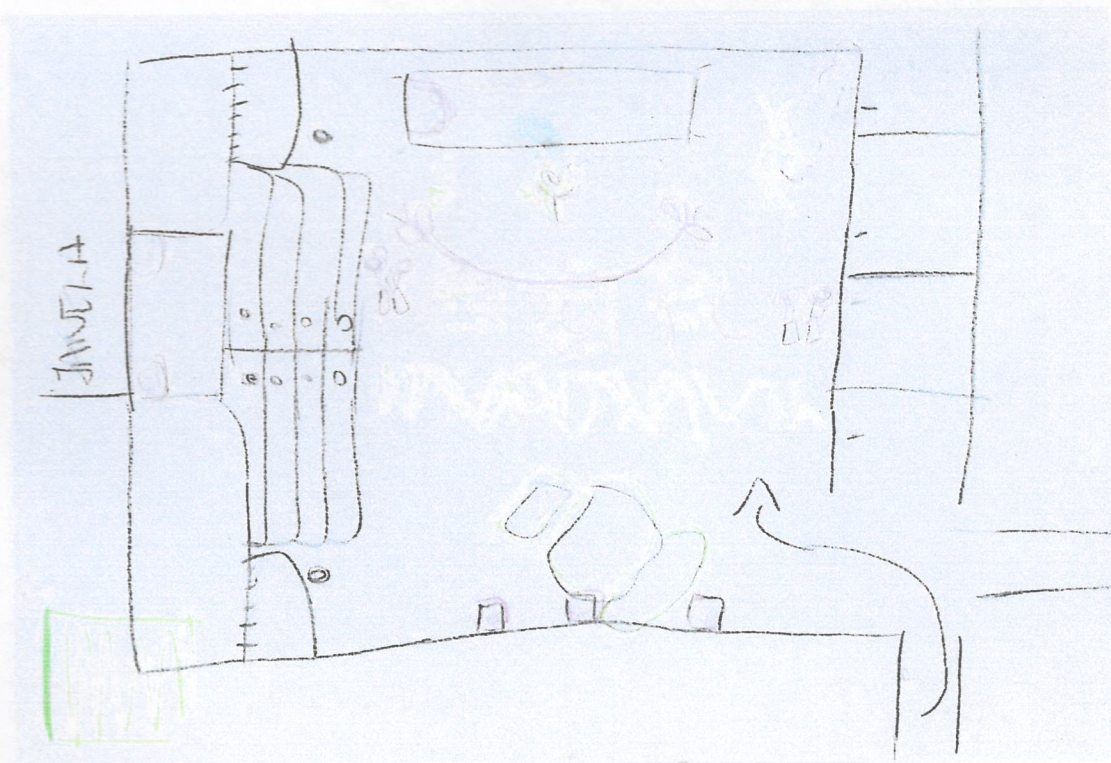
Augusta faz referência a ter que imaginar, mas tem necessidade de apresentar nada mais do que o concreto de sua vida atual. Depois da realização dos desenhos que fazia na infância, não encontra muitas defesas para a realização gráfica e sem condições para imaginar, faz uma busca em lidar com a situação de forma realista. Esta unidade de produção demonstra uma ampliação do foco do trabalho: Ela mesma, exposta em sua varanda aos olhares externos. Aponta para a preocupação para o mundo social, para o que as pessoas pensam e falam dela.

Sente-se exposta ao ser alvo de comentários, ao ser alvo de olhares sociais, o que aumenta sua sensação de solidão e incompreensão. As focas das quais sente-se vítima são de que esconde a filha, que em verdade ela também pouco sabe e a quem também direciona um olhar

que desqualifica. Questiona-se sobre o futuro e as possibilidades sociais e intelectuais da filha. Sente-se egoísta ao preocupar-se com o que as pessoas estão pensando dela, admitindo que preocupa-se com as aparências e de que não gostaria de estar neste lugar. (*O duro é estar na pele do casal*).

Esta unidade de produção sinaliza também sua necessidade de não ficar submersa pela notícia da malformação do bebê, pelo contato com o bebê do qual pouco sabe e de retomar sua vida prática, seu cotidiano, sua vida de antes, seus contatos.

DESENHO 4:



Estória 4:

Pega o lápis preto. "Eu vou te contando o que eu não consigo desenhar. Desenha primeiro em preto, depois verde sobre preto e em laranja. Lápis laranja: "Vamos fingir que este é goiaba".

O quarto da J. é verde, cru e goiaba. Você entra aqui, o banheiro, fizemos suíte para ela, armários. Adaptei de uma revista. Aqui é tudo cabidinho e tudo gaveta. Uma peça enorme, os puxadores são de roupa de boneca. O trocador e uma janela.

Quando você entra no quarto, vê esta parede e com papel marche tem chapéu, calcinha em cru e goiaba com detalhes em verde.

A parede em baixo é verde, em cima é cru, em baixo do varalzinho de roupa de boneca tem graminha, borboleta, vazinhos de flor. A moça que eu contratei desenhou pontilhado.

Eu nunca imaginei que eu ia fazer um quarto tão bonitinho.

Dentro do bercinho tem uma boneca e na cortina tem duas bonecas no bolso. A lembrancinha: bonecas em miniatura.

Aqui são as poltronas onde ponho o pé e em cima três quadrinhos: abelhinha, balde, não: regador e florzinhas. Arrumei tudo antes da J. nascer.

Na decoração da casa eu errei, mas no quarto da J. eu acertei, fiz do jeito que eu queria, coloquei tudo que eu queria, eu tive ajuda, a decoradora não deixou eu ficar empetecendo.

Antes da J. nascer eu ficava babando no quarto. Às vezes eu tô com ela no colo, ela olha pro varalzinho. (Chora) Eu penso que bom que ela tá vendo, que eu fiz com tanta vontade, com tanto carinho. Às vezes eu percebo que ela tá vendo e eu fico feliz.

Ontem foi meu aniversário. Fomos jantar fora em uma cantina.

Que dia feio! Sabe quando tá tudo feio?

Ah mas é meu aniversário. O meu irmão tá com um filhinho um mês mais novo que a J. Eu penso a J. não podia tá que nem ele. Eu olho pro R (marido) ele não comenta comigo. Eu sou do tipo penso e falo, ele não.

Quando chegamos o E. (sobrinho) não parava de chorar. Meu irmão falou: que infeliz idéia de vir aqui. O R concordou, nem me defendeu e eu pensei, gente é meu aniversário! Eu propus pra que fossemos embora pra minha casa, mas no fim o E. parou de chorar e jantamos.

Título: Quarto da J. (inha no diminutivo – se corrige) Não da J.

A sessão foi interrompida para a consulta com o pediatra.

Em seguida, o marido de Augusta solicitou que conversássemos para marcarmos um encontro a três para discutirmos a possibilidade de um acompanhamento do casal, assim que a coleta do material para meu trabalho terminasse.

Análise:

Esta unidade de produção aproxima e amplia ainda mais o foco do material, o que demonstra a inteligência e vivacidade desta mulher. Apresenta consciência de que nos encontramos para falar dela, uma jovem mãe e sua relação com sua filha com deficiências.

Os dois primeiros desenhos apresentados são desenhos mais estanques e nos terceiro e neste quarto desenho Augusta vai se desorganizando um pouco se defendendo menos.

Esta unidade de produção aponta para a frustração de suas expectativas em relação a filha idealizada. O quarto da filha, tão bem confeccionado dentro de seus padrões idealizados, aponta para um vazio. Indica a construção de expectativas de que a filha pudesse reconhecer o carinho empenhado e o temor de que a filha jamais venha a ocupar o lugar idealizado.

Nesta unidade de produção, Augusta apresenta sua frustração, tristeza e vazio diante da condição de sua filha.

Aponta para questionamentos sobre o desconhecimento do prognóstico da filha e sobre o temor de deficiência mental.

O tamanho do berço é desproporcional aos demais elementos do desenho. É um berço vazio.

A decoração da parede do quarto (sobre o berço), no desenho aparece como contorno, como se fossem guardiões do berço, de um berço vazio, de um bebê que ainda não existe. É como se o quarto antecedesse o nascimento da filha. A filha real não ocupa o lugar idealizado e tão bem planejado por Augusta.

O material aos poucos vai se afunilando e aponta para um sentimento de tristeza, frustração e vazio, de luto da filha idealizada.

Esta unidade de produção aponta ainda para um convite a mim dirigido de “entrar em sua casa”, para poder conhecê-la em sua intimidade, e de acolher suas idealizações frustradas. Aponta para uma demanda de reconhecimento de tudo que sonhou e executou de bom para a chegada de sua filha.

DESENHO 5:



O último desenho foi realizado após uma semana, conforme o protocolo proposto por Walter Trinca.

Estória 5:

“Eu lembro de todos os outros desenhos: Casinha, bonequinhos, prédio e quarto da J.”.

Seqüência:

Lápis verde escuro: Contorno da árvore.

Lápis vermelho: bolinha (direita para esquerda)

Grafite: laços.

Lápis azul claro: pinta os laços em grafite.

Lápis amarelo: bolinhas.

Lápis verde: Chão.

Lápis rosa: bolinhas.

Lápis verde claro: pinta centro da árvore.

Lápis marrom: traços dentro da árvore.

Fiz. Chama Árvore de Natal.

Tem que contar estória da minha árvore?

Minha estória, não é nem estória.

No ano passado, estávamos na casa do seu C. (sogro) e falei para o R (marido): -Você imagina daqui um ano com o nosso bebê no colo já grandinho, numa fase boa. O natal em família, o mais feliz possível?

E quando a J. fez um mês o meu irmão, porque é sempre assim, o meu irmão sempre me preocupou porque não conseguiam engravidar, minha cunhada nunca quis fazer inseminação.

Eu estava feliz e eu queria que também tivessem, mas não tinham essa possibilidade.

E quando a J. tinha um mês chegou o E. (sobrinho) pra eles de um jeito muito inesperado.

Eu pensei que o natal ia ser mais feliz ainda.

E penso que hoje vai ser o inverso, agora eles estão com o E. cada vez melhor e a gente com a J. com este problema todo.

É isso!

Não que a gente não esteja feliz, a J. chegou.

Quando você vai imaginar que a sua filha vai ter uma doença raríssima.

Porque olha que engraçado, meu pai morreu quando eu tinha quatorze anos.

Minha mãe e meu irmão são espíritas.

Quando eu tava grávida, meu irmão recebeu uma carta do meu pai, que dizia que meu irmão logo, logo ia ser pai, que minha mãe ia ficar mais feliz com o choro dos dois bebês, que tudo ia ser tudo bem com o choro dos netos. Que todo mundo ia ser muito feliz.

Quando eu cheguei do hospital, após receber a notícia eu cobrava isso: E a carta do papai? Por que isso está acontecendo agora? E os dois desataram a chorar.

Em um ano tanta coisa aconteceu. A minha felicidade era maior, não era completa, mas era maior.

Título: Árvore de Natal.

Análise:

A quinta e última unidade de produção (realizada uma semana depois), apresenta vivacidade e uma aparente euforia, porém sua expressão gráfica contrasta com a estória. Sua exuberância é proporcionalmente equivalente ao tema de desilusão e decepção.

Neste desenho o chão já está mais próximo da base, que sinaliza um movimento de organização e possibilidade de apoio encontrada por Augusta.

Este material apresenta expressão de agressividade, descarga, vigor e vitalidade.

Além da tristeza presente anteriormente, nesta unidade de produção a raiva e agressividade também se expressam.

Há uma reflexão amarga que aponta para uma sensação de perda, de vazio, de desilusão vivenciados de um Natal a outro.

Augusta aponta uma tentativa de saída ingênua e mágica, porém insuficientes. Sentimentos de raiva, traição e de abandono em relação à figura paterna estão presentes, assim como inveja e ciúme do irmão. Expressa raiva inclusive por perceber o pai injustamente sendo mais acolhedor com o irmão do que com ela.

Síntese geral do Caso:

Augusta é uma mulher inteligente e de muita vitalidade. É uma mulher que não fica passiva diante das dificuldades, possui recursos e se atém à realidade. É uma mulher atenta, curiosa e que busca respostas diante dos obstáculos que lhe são apresentados.

Sente-se muito entristecida com o fato de a filha não corresponder às suas idealizações, mas não se cega diante do que é visto. É Augusta quem verbaliza pela primeira vez que algo não vai como o esperado com J., buscando informações e respostas para a diferença percebida na filha. Vivencia o momento mais difícil de sua vida e sente-se fortalecida em olhar com seriedade para a situação. *(Eu acho que penso no pior para me defender, para estar preparada caso aconteça).*

No decorrer dos encontros, percebo uma transformação dos sentimentos de Augusta. Inicialmente Augusta faz questão de relatar os pormenores do choque que sentiu diante do diagnóstico de J., enfatizando a solidão e a dor sentidas naquele momento. Gradativamente vai se afastando do estado de choque e buscando não

ficar submersa e paralisada diante da notícia diagnóstica. A ausência de prognóstico que o quadro concretamente propõe, aumenta ainda mais suas tristezas e angústias. A ausência de respostas lhe proporciona ainda mais cansaço e desamparo (*Eu não sei por que ela está tendo este atraso. Por que com cinco meses tem que ser estimulada? Chega uma hora que eu não tenho mais estímulo para estimulá-la*).

O discurso de Augusta demonstra o quanto compreendeu a gravidade do quadro desde o início e que tenta minimizar suas preocupações, oscilando em valorizar as melhoras da filha, como seu marido faz, e em se ater ao que a filha deveria (em termos de desenvolvimento normal) estar fazendo.

Posteriormente sente-se exposta aos olhares sociais, que revelam sua própria tristeza, frustração e decepção diante do luto da filha idealizada.

Sente-se amparada por sua família (mãe e marido) e ressalta o quanto este apoio é fundamental, mas ao mesmo tempo sente-se sozinha em sua forma de lidar com a situação. (*Às vezes eu acho que meu marido se ilude. Eu sou um pouquinho mais pé no chão. Ela está tendo uma melhora, mas não como meu marido vê. Perguntei ao meu marido se quando ele olhou a outra menina se ele pensou a mesma coisa que eu. Ele disse que não, que não ficou chateado. Para ele é muito mais fácil do que pra mim. / Minha mãe fala: Esquece! Eu tento, mas...).*

As diferenças existentes na forma de Augusta e seu marido lidarem com a situação provocam em Augusta uma sensação de insegurança. Percebe em alguns momentos seu marido como incapaz de lhe proporcionar o acolhimento necessário, pois encara a situação, segundo a percepção de Augusta, de forma ilusória.

As dificuldades diagnósticas e prognósticas do caso também lhe

causam insegurança. Para lidar com a falta de respostas dos médicos, Augusta busca informações técnicas, procurando artigos na internet, assim como opiniões de diferentes profissionais. Esta busca de informações e conhecimentos, refere-se ao mecanismo de defesa denominado de racionalização.

Augusta sente raiva e frustração em relação ao desenvolvimento saudável das demais crianças (*Quando eu vi a menina – filha de um casal amigo – toda durinha, observava, ria. Eu sei que não deveria, eu fiquei chateada, não pela menina, mas por esperar que a minha tivesse fazendo as mesmas coisas. ... A minha não podia estar assim também?/ O filho deles –sobrinho – tem um mês certinho menos que a J. e também faz muito mais que ela. Por que comigo? Esta é uma pergunta que retorna sempre*). Além de inveja e ciúme em relação ao irmão. (*Quando eu cheguei do hospital, após receber a notícia eu cobrava isso: E a carta do papai? Por que isso está acontecendo agora?*).

Augusta vivencia o luto da filha idealizada. Inicialmente de forma mais intensa. (*Eu já melhorei bastante desde que soube da notícia....Eu já não acordo mais assim, quando você abre o olho e se depara: olha o problema que eu tenho*).

Augusta demonstra profundas dificuldades por não reconhecer na filha movimentos que marquem sua existência. Vivencia um sentimento de vazio.

A ausência de respostas motoras impostas pelo quadro traz dificuldades para Augusta conhecer a filha e vivenciar as trocas necessárias ao exercício da maternidade e ao processo de identificação. Para Augusta há um vazio entre ela e a filha real, marcado pela imobilidade motora de J.

Para Augusta, neste momento inicial, a filha é como se fosse uma boneca que ocupa o berço vazio, representado na terceira unidade de

produção do Procedimento Desenho-Estória. Uma boneca bonita, mas sem vida, sem expressão de sua vitalidade. (*Eu sempre quis ter uma filha, morena de olhos claros, mas não assim*).

Gradativamente, Augusta vai se organizando e encontrando forças para retomar sua vida. (*Já acordo e penso em como vai ser o meu dia. Independentemente do problema dela, a gente continua passeando, dando risada. É o que eu penso e procuro fazer*). Augusta se esforça e oscila em conseguir lidar com a tristeza que a situação provoca (*Tem horas que estou bastante triste e tem horas que estou bem*). O olhar que Augusta é capaz de refletir para J. neste momento de suas histórias, é um olhar muitas vezes triste diante da perda da filha idealizada. Um olhar que busca respostas de quem é a filha que está em seus braços. Expressa muitas vezes angústia e decepção. (*Vesguinha não!!!*). Seu olhar reflete tristeza, cansaço, preocupação, alegria comedida quando observa alguma melhora, além de raiva e vazio.

Augusta teme quanto ao futuro de J. principalmente no que diz respeito a seu potencial de desenvolvimento cognitivo. Adiar o conhecimento de que sua filha tenha deficiência mental demonstra sua consciência do quanto não se sente preparada para esta informação e de que necessita sentir-se mais organizada para deparar-se com tal resultado. Alimentar esperanças neste momento é fundamental para Augusta, pois neste sentido a realidade lhe seria dura demais.

Augusta após receber o diagnóstico continua dedicando-se aos cuidados da filha, mas algo se transformou internamente, após o choque e a decepção do diagnóstico. Sente-se ferida em seu narcisismo, decepcionada e temerosa quanto às possibilidades da filha. Vivencia um luto e encara a situação de forma realista, porém possui mecanismos para minimizar a compreensão da gravidade do quadro, pois a dor é demasiadamente intensa.

Sente-se muitas vezes sozinha e necessita de um espaço profissional para expressar e compreender suas ambíguas e intensas emoções, apesar de possuir recursos para lidar com elas.

VI Discussão dos Resultados

Para discutir os resultados encontrados nos casos e responder ao objetivo desta pesquisa, inicialmente responderei as perguntas que fui me fazendo no decorrer do corpo teórico deste trabalho, em relação a cada caso individualmente e posteriormente partirei para uma discussão geral, traçando semelhanças e diferenças entre eles.

As questões foram sendo levantadas no decorrer deste trabalho para formular o objetivo geral que é compreender o estado emocional de puérperas de bebês malformados, durante os primeiros meses após o nascimento.

Para nortear o leitor, lembrarei aqui as questões fundamentais levantadas anteriormente, são elas:

Como as mães vivenciam a notícia da malformação do filho? Quais os mecanismos de defesa utilizados? Como se manifestam as possíveis feridas narcísicas? Como as mães são capazes de olhar para seus bebês que são visivelmente diferentes do bebê idealizado? Identificam-se com eles? Mergulham no estado de preocupação materna primária e são capazes de atender ativamente suas necessidades?

As mães de bebês malformados possuem necessidades específicas neste momento inicial? O que de forma geral são capazes de espelhar?

Discussão do primeiro caso:

Nair, inicialmente, vivencia um choque diante da notícia da malformação do filho. Possui um profundo desconhecimento do quadro e se atém à informação recebida, a de que seu filho possui diferenças em relação às demais crianças e de que o que ela, Nair, precisa fazer, como mãe, é cuidar deste filho da mesma forma que cuidou de seus

demais filhos. E Nair assim o faz. Estabelece uma rotina dos cuidados físicos de L., amamenta-o, assim como fez a seus outros filhos e se envolve com os cuidados que seu bebê requer.

Penso que Nair esteja voltada para os cuidados do filho e que seja uma mãe suficientemente boa para o desenvolvimento inicial de L. Este estado pode ser compreendido de forma geral, como o estado proposto por Winnicott e denominado de preocupação materna primária, mas seu momento de vida pessoal traz dificuldades para a vivência plena deste estado. Nair vivencia internamente um estado de apreensão sobre se terá recursos para a próxima refeição familiar. Vivencia preocupações concretas quanto a sua subsistência e a de seus filhos. Nair não possui acolhimento ambiental suficiente para dedicar-se exclusivamente (sem outras preocupações) aos cuidados maternos.

Para mergulhar no estado de preocupação materna primária, uma mulher necessita sentir-se amparada por seu ambiente (marido, mãe, etc) e não é assim que Nair se sente, pelo contrário, como dito anteriormente, Nair percebe seu ambiente como perigoso e ameaçador, desamparada para amparar L. e preocupada com a subsistência familiar. A principal fonte de amparo que Nair possui é o afeto recebido dos filhos, inclusive o de L.

Nair sente-se identificada com L., principalmente no que diz respeito aos aspectos deficitários de si mesma, os que se relacionam ao lugar da filha que não é vista por sua mãe.

O projeto de maternidade de Nair refere-se a uma tentativa de cicatrização de uma ferida narcísica, a de desqualificação e traição de seu marido. Esta ferida além de não ser cicatrizada como Nair desejava, ainda é intensificada pelo nascimento de um filho com uma condição diferente, que provoca sentimento de vergonha e culpa,

preocupa-a e requisita-a ainda mais. Sente-se ainda mais sozinha em relação à responsabilidade e cuidados dos filhos.

Em relação à malformação de L. Nair sente-se culpada (*Que judiação eu ter feito meu filho deste jeito*) e para lidar com este sentimento utiliza-se do mecanismo de defesa negação. Nair não é capaz neste momento de entrar em contato com as especificidades do quadro de L. Possui também um sentimento de vergonha em relação às diferenças do filho, o qual revela sentimentos de desqualificação que são reprimidos e negados.

O “olhar materno” de Nair contém uma ambigüidade de emoções. Por um lado, reflete cansaço, sobrecarga, tristeza e solidão. Por outro, esse mesmo olhar reflete alegria, amor e satisfação. Para ela a função materna é sua única fonte de afeto e de reconhecimento.

Quanto ao tema vida – crescimento levantado por Stern (1997)³, tema que se refere se a mãe será capaz de manter a vida e o crescimento do bebê, em que normalmente a mãe teme que o bebê morra e de que a mãe fracasse como mãe, no caso de Nair ele é intensificado. Intensificado pela deficiência de L. e pelo fato de estar sozinha (sem marido, sem a mãe) quanto à responsabilidade da vida e crescimento de seus filhos.

Acredito que Nair, apesar de ferida em seu narcisismo e da ambigüidade afetiva em relação a seu filho, seja uma mãe devotada aos cuidados necessários ao desenvolvimento de L., mas que seria importante e significativo um acompanhamento psicoterapêutico, pois este poderia ser um lugar favorecedor à reflexão sobre suas necessidades, dores e tristezas como mãe, como mulher e como filha, para que estas fossem acolhidas e amparadas (compreendidas), neste

³ Tema descrito na página 27.

difícil e, até mesmo, prazeroso momento de sua vida e fundamental da vida de seu bebê.

Discussão do segundo caso:

Maria, ao receber a notícia de malformação do filho, preocupa-se intensamente, não apenas pelo fato da não correspondência do bebê idealizado, mas fundamentalmente pelo temor de sua morte, ao ter que enfrentar as cirurgias que lhe são indicadas em decorrência de sua malformação.

O temor de não sobrevivência de seu bebê é vivenciado intensamente por Maria, é e o cerne de suas emoções, visto que se sobrepõe ao luto de seu primeiro filho.

O tema vida – crescimento, proposto por Stern é vivenciado de maneira “visceral”. O medo de fracassar como mãe e a preocupação em fazer “tudo corretamente” é uma constante.

Maria sente-se identificada com seu bebê e vivencia o estado de preocupação materna primária, proposto por D. W. Winnicott, estado em que a mãe está totalmente voltada aos cuidados maternos, atendendo ativamente as necessidades de seu bebê.

Maria sente-se muito triste, assustada e temerosa quanto à sobrevivência de G., mas não deprimida a ponto de vivenciar exclusivamente estas emoções. Os cuidados diários para com o desenvolvimento de G. minimizam suas tristezas. A malformação de G. (labial e palatal) está sob cuidados médicos e Maria sente-se amparada por estes profissionais.

O fato de G. estar vivo, mesmo com uma malformação qual, vale a pena salientar, é passível de correção, traz-lhe grande alegria. Uma alegria que não é plena, pois o temor da repetição da perda do filho é intenso.

Maria apega-se às experiências que se diferenciam nas histórias dos dois filhos, para minimizar o temor da repetição da experiência dramática da perda do primeiro filho. Em função disso, ela se utiliza de mecanismos de defesas obsessivos, dentre os quais a anulação é o principal, com a finalidade de “garantir” que estas diferenças não a façam experienciar a situação anterior.

O “olhar” de Maria reflete a tristeza pelo filho perdido, o medo da morte de G., sentimentos de inferioridade e desqualificação como mãe, e simultaneamente espelha intensa alegria pela vida que pode agora acolher em seus braços e que já lhe dá respostas (sorri, mama, ganha peso e cresce).

Maria possui sentimentos de invasão e desqualificação em relação ao meio social. Este é percebido como olhares e comentários que não são acolhedores, mas que revelam os seus temores de inadequação como mãe. Por esta razão apresenta tendência a comportamentos de isolamento social.

Levanto também a possibilidade de que Maria possa vir a ter dificuldades em se separar gradativamente de G.

No período em que nossos encontros ocorreram, G. tinha dois meses, fase de dependência absoluta, segundo a teoria desenvolvimentista de Winnicott, período no qual Maria, como ressaltai anteriormente, atendia ativamente suas necessidades.

Porém levanto aqui a hipótese de que possa vir a ser difícil para Maria continuar atendendo ativamente estas necessidades. Isto porque Maria é uma mulher intensamente ferida em seu narcisismo e, em conseqüência, os mecanismos de defesa utilizados possam ser insuficientes para sentir-se segura como mãe e gradativamente voltar-se a outros interesses que não o bebê, na medida em que seu filho a libere. Caso o temor da repetição da perda do filho mantenha-se na

intensidade vivenciada neste período, acredito que Maria tenderá a manter-se “colada” em seu bebê e desta forma então, não mais atendendo suas necessidades.

Acredito que é indicado para Maria um acompanhamento psicoterapêutico que lhe proporcione acolhimento e sustentação de suas tristezas e apreensões, como mulher e como mãe, para que possa continuar atendendo as necessidades de G., diferenciá-lo do filho morto e também para que Maria possa ir se separando de G., sentindo-se mais segura para voltar-se para si mesma e constituída como uma boa mãe.

Discussão do terceiro caso:

Durante a gravidez, Augusta preparou com satisfação um ambiente idealizado para receber sua primeira filha, iniciando um mergulho no estado de preocupação materna primária. Após o nascimento da filha, que nasceu sem nenhuma alteração visível, Augusta voltou-se aos cuidados maternos com dedicação, reconhecendo seu bebê como seu, identificando-se com ele, aparentemente atendendo suas necessidades e aguardando ansiosamente seu crescimento e respostas interativas.

Aos poucos, Augusta pôde observar que o desenvolvimento de J. não ocorria como o esperado. Então, procurou o pediatra a fim de que este pudesse lhe dar respostas definitivas a respeito de sua percepção. Este ao concordar com suas observações acerca do atraso de desenvolvimento de J. encaminhou-a para um especialista.

O fato de Augusta conseguir perceber as dificuldades motoras de J. demonstra sua capacidade de ver sua filha real.

Ao receber pela primeira vez (quando J. já fazia quatro meses) o diagnóstico de um quadro grave e raro, Augusta vivencia um choque, uma decepção que a desorganiza. Vivencia o luto do bebê idealizado.

Meus encontros com Augusta se iniciaram no período de confirmação diagnóstica e pude acompanhar momentos de intensa tristeza e preocupação.

Aos poucos Augusta se mostrou cada vez mais organizada, mas sentimentos de solidão, tristeza, raiva, inveja, além de temores quanto ao futuro de J., estavam presentes. Augusta pôde encarar “de frente” a situação. Continuou atendendo aos cuidados de J., mas algo em seu olhar se transformou, seu olhar passou a conter também tristeza e vazio. Não só, mas também.

Um vazio que se refere não só à falta de respostas dos médicos, visto estarmos diante de uma síndrome rara e que requer o resultado de exames e de observação. Um vazio que diz respeito à ausência de respostas do bebê. Augusta vivencia o silêncio deste vazio, com dor e tristeza.

Em muitos momentos sente-se sozinha, não encontra interlocutores com quem possa compartilhar sua dor. Pois seus familiares vivenciam a situação de maneira distinta da sua. Por exemplo, quando pergunta a seu marido: -“Você não fica triste quando vê uma criança com a idade da J. rindo e pegando brinquedos?” Este responde:- “Não”. Uma resposta que nega a situação vivida pela filha. É aí que Augusta sente-se só.

O silêncio deste vazio se reatualiza na relação com alguns profissionais que a assistiram neste período. Uns não a acolhem no momento da notícia diagnóstica. Outros, pela raridade do quadro, não podem assegurar um prognóstico possível.

Apesar deste cenário silencioso, ela encontra breves momentos em acreditar que algo será possível no desenvolvimento de sua filha. E um sentimento de esperança faz-se presente para continuar dedicando-se

às necessidades de J. e para retomar suas atividades profissionais e pessoais.

Augusta sente-se também incompreendida e exposta diante de seu meio social.

Sentimentos de raiva e inveja em relação ao desenvolvimento saudável das demais crianças estão presentes.

Augusta passa a preocupar-se com as novas e possíveis necessidades de J. diante do desconhecimento de seu prognóstico. Um possível déficit intelectual, no momento das entrevistas era o que mais temia, diante da consciência de que esta possibilidade é fonte de grande dor diante de suas expectativas quanto ao desenvolvimento e futuro da filha.. Esta consciência faz com que Augusta opte por adiar a elaboração desta pergunta ao profissional que a assiste, esperando sentir-se mais organizada caso tenha que “ouvir o pior”.

Augusta vivencia a situação mais difícil de sua vida. Busca perceber e reconhecer suas necessidades e dificuldades para sentir-se mais fortalecida para lidar com a dor e a tristeza que a situação provoca.

Penso que seria importante para Augusta, mesmo tendo recursos internos para lidar com a situação, um acompanhamento especializado, o qual pudesse ter momentos para organizar-se e refletir sobre a intensidade de suas ambivalentes e intensas emoções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos três casos, apesar das diferenças existentes entre eles, as mães vivenciam um estado de “choque” inicial ao receberem a notícia de malformação de seus bebês. A utilização do termo choque refere-se a uma dor intensa que provoca desorganização interna difícil de ser nomeada. Uma das mães ao querer explicar este estado de choque diz: - *“Ficamos quase pirando! Mas com a ajuda de toda a família”*. Esta fala explicita a desorganização interna vivenciada, além da necessidade de apoio ambiental.

Mediante os recursos individuais e o apoio que cada uma delas possui em seu ambiente, gradativamente e com ambigüidade de emoções, utilizam-se de mecanismos de defesa neuróticos diversos. Tais como: repressão, negação, formação reativa, anulação e racionalização.

Durante a coleta de dados, entrevistei inúmeras mães. Porém apenas três, no período de um ano e meio deram prosseguimento aos encontros.

O puerpério é um período que por si só é carregado de ambíguas emoções. É um período de hipersensibilidade emotiva. Entrar em contato com esta ambigüidade não é tarefa fácil. Falar sobre estas emoções significa entrar em contato com elas. Penso, portanto, que inúmeros outros mecanismos de defesa (além dos utilizados pelos sujeitos desta pesquisa), possam ser acionados diante da desorganização vivenciada.

Acredito, entretanto, que, apesar de o encontro com um profissional desta área ser favorecedor para a criação de um espaço capaz de proporcionar acolhimento, ele pode ser também compreendido como ameaçador. Ameaça a dor.

Todas as mães entrevistadas por mim (sem uma única exceção) e que se viram impedidas de retornar a segunda entrevista, neste primeiro e único encontro me relataram este estado de choque, expressaram sua dor e gratidão em serem ouvidas. Com isso podemos pensar que apesar da necessidade de apoio e de compreensão, neste momento de desorganização em que se vive um estado de maior fragilidade, a possibilidade de entrar em contato com a dor e tristeza vivenciadas significa ameaça.

Ameaça de ruptura? De intensificação da dor?

Uma das mães que não deu prosseguimento aos encontros diz: - *"Eu sempre acreditei que ser mãe seria a redenção de toda minha história. Que a maternidade pudesse me fazer sentir uma pessoa normal"*. Esta mulher perdeu sua mãe com um ano e meio de idade e aos trinta e seis anos deu à luz seu primeiro bebê, com Síndrome de Down. Pude compreender que dar um novo sentido a toda uma história pode ser tarefa necessária, porém longe de ser fácil, talvez até, impossível.

Com isto quero dizer, que compreendo a dificuldade destas mães em dar prosseguimento aos encontros. Penso também que talvez tenha sido menos ameaçador para as mães que aceitaram ser acompanhadas por um período mais prolongado e que talvez estivessem até mesmo mais organizadas do que as demais. Talvez.

Em relação aos reais sujeitos desta pesquisa, notamos também que estas possuem a capacidade de identificação com seus bebês e desenvolvem o estado de preocupação materna primária, dedicando-se aos cuidados maternos.

Sentimentos de tristeza, solidão e desamparo, bem como a necessidade de maior sustentação ambiental também estão presentes nos três casos. A sustentação ambiental refere-se ao apoio familiar

(marido, mãe, filhos e amigos) e ao apoio dos profissionais que assistem as mães. Vale salientar que a forma pela qual os médicos dão a notícia diagnóstica, assim como as orientações e as informações prognósticas, que devem ser proporcionais às necessidades de cada mãe, é fundamental para esta provisão ambiental necessária.

Os três sujeitos apresentam uma tendência a comportamentos de isolamento social, por perceberem os olhares externos (do meio social) como invasores e reveladores de um sentimento de desqualificação, ao gerar um bebê com defeito.

De forma geral, podemos dizer que a capacidade de identificação materna e os mecanismos utilizados, assim como os "olhares" direcionados a cada bebê estão relacionados com a saúde mental de suas mães, com sua história pregressa, assim como com o lugar preparado para cada bebê na história de suas mães.

Nos dois primeiros casos notamos que as mães são capazes de retirar do encontro com o bebê e das respostas recebidas estímulos para vivenciar com contentamento e prazer estar com eles, mesmo que visivelmente diferentes dos bebês sonhados.

Porém, no terceiro caso, no qual o bebê corresponde esteticamente ao bebê idealizado, mas apresenta imobilidade física, a mãe sente, em vários momentos, intenso vazio e extremo cansaço para o exercício das funções maternas. (*Chega uma hora que eu não tenho mais estímulo para estimulá-la*). É como se entre a mãe e o bebê real e praticamente imóvel, estivesse presente um vazio do bebê sonhado e perdido. A ausência de respostas (de sorrisos, movimentos, olhares, de busca de objetos) proporciona imenso vazio e tristeza na mãe.

Podemos pensar que além do olhar materno funcionar como um espelho que deveria, segundo Winnicott refletir não o humor materno, mas sim o próprio o bebê e, portanto, ser fundamental para a

constituição do bebê humano como indivíduo, o “olhar” que o bebê é capaz de retornar a seu precursor do espelho é também importante para a constituição da mãe, enquanto mãe. O olhar, que os bebês aos poucos são capazes de devolver, funcionaria como um elo que ligaria olhares anteriores recebidos pelas mães de suas respectivas mães. Neste sentido, acredito que o olhar materno atravessa as gerações.

Segundo Winnicott (1964), para uma mulher a experiência de dependência absoluta da mãe e de sua capacidade de identificação com ela, a colocam nesta infinita série geracional, visto que em uma mulher há sempre três mulheres: o bebê, a mãe e a mãe da mãe. Acredito, portanto, que o olhar materno que uma mulher é capaz de espelhar para seu bebê, ou seja, a capacidade de poder vê-lo diz respeito ao olhar que pôde receber. Assim, pode-se pensar que o olhar devolvido gradativamente pelos bebês para suas mães é ressignificante do olhar recebido por elas de suas respectivas mães e também, neste sentido, constitutivos das mães enquanto mães, das avós, enquanto avós.

O bebê malformado provoca feridas no narcisismo das muitas mulheres que compõem cada mãe, intensificando e dando novos significados às suas feridas pregressas, atravessando as gerações e por esta razão provocando tanta dor.

Mas o encontro com o bebê real e o desfrute de suas respostas, ou seja, a possibilidade de estar com o bebê e de reconhecer suas características também é fundamental para a constituição da mãe, enquanto mãe. Com isto quero dizer que o próprio exercício da maternidade, para as mães capazes de vivenciá-lo, é capaz de auxiliá-las a se vincularem a seus bebês reais mesmo que visível e abruptamente distintos dos bebês idealizados.

Concluo, portanto, que as mães de bebês com malformação congênita diagnosticada durante os primeiros meses que se seguem ao parto, sentem-se feridas em seu narcisismo. Esta ferida é capaz de intensificar e dar novos significados às suas representações anteriores, as quais estão relacionadas com a história pregressa de cada uma. Neste sentido, as mães necessitam de um apoio ambiental suficientemente bom e de um atendimento especializado capaz de conter e acolher esta intensa dor que atravessa as gerações e fere as tantas mulheres presentes em cada mulher.

Sem dúvida, o quanto antes puderem ter acesso a esta sustentação, melhor será para todos, visto que, o quanto mais a mãe sentir-se amparada menor será a possibilidade de seu olhar refletir seu estado interno, de desorganização e tristeza e sim poder espelhar o bebê real, atendê-lo em suas necessidades para constituir-se como um indivíduo verdadeiro e autêntico.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Ligia Assunção (1994). *Pensar a Diferença/Deficiência*. Brasília: Corde.

AMIRALIAN, M.L.T.M. & BECKER, E. (1992). *Deficiência Congênita e Autismo Secundário: Um Risco Psicológico*. São Paulo. Per. Brás. Cresc. Dês. Hum. II (2).

BARANGER, W. et al. (1994). *Contribuições ao Conceito de Objeto em Psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo: Clínica de Psicanálise Roberto Azevedo.

BRAZELTON, T.B. & Crauer, B.G. (1992) *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes.

CARRIÈRE, J-C. (1993). *O Mahabharata*. São Paulo: Brasiliense.

D'ANTINO, M.H.F. (1998). *A Máscara e o Rosto da Instituição Especializada. Marcas que o Passado Obriga e o Presente Esconde*. São Paulo: Mennon ed.

FARIA, Maria. Cecília C. (1997). "O estranho no ninho" estudo da ferida narcísica dos pais de pessoas especiais deficientes mentais. Dissertação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FREUD, S. (1914) Sobre o Narcisismo: Uma Introdução in *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIV.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B.(1985). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes ed.

LUFT, Lya (1997). *Secreta Mirada*. São Paulo: Mandarim.

MALDONADO, M.T. & NAHOUM, J.C. & DISCKSTEIN, J. (1981) *Nós Estamos Grávidos*. Rio de Janeiro: Bloch educação.

MALDONADO, Maria Teresa P. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.

MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. (1989). *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Educ.

OCAMPO, M.L.S. et al (1990). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins fontes.

OUTEIRAL, José (1997). Sobre a concepção de pai na obra de D. W. Winnicott, pp. 91-194. *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade. Comemoração do centenário de nascimento de D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Usp.

OUTEIRAL, J. (2001). O olhar e o espelho, pp.79-88. *Winnicott: Seminários Paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RAJON, A-M & ROSE, D. & ABADIE, I. (1997). Observação do lactente e atendimento terapêutico do par mãe – filho, no contexto de diagnóstico peri natal de malformação, pp. 225-231. *A observação de bebês. Os laços do encantamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

SOIFER, Raquel (1980). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

STERN, Daniel N. (1997). *A constelação da maternidade. O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

SZEJER, Myriam & STEWART, R. (1997). *Nove Meses na Vida da Mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SZEJER, Myriam (1999). *Palavras para Nascer. A escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TRINCA, Walter (1976). *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU.

TRINCA, Walter (org.) (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: vetor ed.

WINNICOTT, Donald W. (1956) A preocupação materna primária, pp.399-405. *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, Donald W. (1964). Este Feminismo, pp. 183-195. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, Donald W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, pp.153-162. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, Donald W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações, pp.121-131. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1990). *O Ambiente e os Processos de Maturação. Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WINNICOTT, D. W. (1990). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W. (1990) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.

WINNICOTT, D. W. (1996). *O Bebê e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. W. (1997) *A Família e o desenvolvimento individual*. São Paulo, Martins Fontes.

www.cagt.arrakis.es/genetica/textos/E.mitocondriales/.Mit.htm acessado em 25/05/2003.

www.tsbvi.edu/outreach/selhear/spring02/mitochondrial-span.htm acessado em 25/05/2003.

www.tupediatra.com/preguntas/preguntas-pediatria.htm acessado em 25/05/2003.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as especificidades da maternidade de bebês com malformação congênita.

É um estudo que possibilita dar o título de mestre à sua autora pela Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo.

A paciente será submetida a três ou quatro encontros de uma hora, que serão gravados, sob autorização da paciente. Serão realizadas entrevistas individuais (conversas) e a aplicação do Procedimento Desenhos-estórias (instrumento de pesquisa e avaliação psicológica).

Os dados obtidos nesta pesquisa serão publicados, exceto os nomes e dados da paciente que possam identificá-la.

Estes dados publicados poderão servir como referência para futuros trabalhos científicos.

Sem mais,

Atenciosamente.

Mirian Arantes Gallo

São Paulo, de de 2002.

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a)

_____, após a leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o paciente ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa ciente que todas informações prestadas tornem-se confidenciais e guardadas por força do sigilo profissional.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do autor