

Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê

Parent-infant psychotherapy in the context of malformation: implications on the mother's perception about the baby's development

Aline Grill Gomes¹, Cesar Piccinini², Luiz Carlos Prado³

¹ Doutora, Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Pesquisadora, Núcleo de Estudos em Infância e Família (NUDIF), Psicologia, UFRGS. Psicoterapeuta clínica, Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP), Porto Alegre, RS. ² Pós-Doutor, University College London (UCL), Londres, Inglaterra. Professor, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, UFRGS. ³ Médico psiquiatra. Psicoterapeuta clínico, Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA), Porto Alegre, RS.

Este estudo foi realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

Introdução: Diante de um bebê com malformação, as representações maternas podem ficar bastante distorcidas. Neste contexto, percebe-se a necessidade de intervenções psicológicas que ajudem os pais a adequar suas representações psíquicas, visando descontaminá-las de projeções e conflitos para facilitar o desenvolvimento físico e psíquico do bebê. Nesse sentido, o presente estudo investigou o impacto da psicoterapia breve mãe-bebê sobre as representações maternas a respeito do desenvolvimento do bebê quando este apresentava uma malformação cardíaca.

Método: Relata-se o processo de psicoterapia breve (24 sessões) de uma díade composta por uma mãe de 22 anos e seu bebê de 11 meses. Mostra-se, ao longo do tratamento, como foram se dando algumas mudanças no tema vida e crescimento (Stern, 1997).

Resultados: Os resultados revelam mudanças, tanto nas representações da mãe sobre o bebê, como na sua postura em relação à busca de informações sobre a malformação e sobre cuidados com o filho.

Conclusões: Os resultados destacam o benefício da psicoterapia pais-bebê para o contexto de malformação do bebê e, especialmente, para as representações da mãe acerca do desenvolvimento do bebê.

Descritores: Malformação, psicoterapia.

Abstract

Introduction: Maternal representations of the infant can be quite distorted when the infant has a malformation. Within this context, there is a need of psychological interventions aimed at helping parents to adapt their psychic representations with the purpose of avoiding projections and conflicts in order to promote the infant's physical and psychic development. In this sense, the present study investigated the impact of a short-term mother-infant psychotherapy on the maternal representations of the infant's development when the infant had a cardiac malformation.

Method: The short psychotherapy process (24 sessions) of a mother-infant pair is reported. The authors describe how the issue of life and growth changes throughout treatment.

Results: The results evidenced several changes in the maternal representations of the infant, as well as the mother's attitude regarding the search of information on malformation and child care.

Conclusions: The results emphasize the benefit of short mother-infant psychotherapy for the context of infant's malformation, mainly for the maternal representations of the infant's development.

Keywords: Malformation, psychotherapy.

Correspondência:

Aline Grill Gomes, Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/111, CEP 90035-006, Porto Alegre, RS. E-mail: algrill7@yahoo.com.br

Não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 09/06/2008. Aceito em 25/02/2009.

Introdução

Mesmo dentro de um contexto de normalidade, a maternidade está associada a diversos lutos¹, tais como a perda da autonomia completa da mulher, ou da posição somente de filha, além das complexas reformulações psíquicas e relacionais inerentes a este momento^{1,2}. Nesse sentido, o nascimento de um bebê com malformação é mais uma crise que se adiciona, e todas as dificuldades ficam intensificadas.

Assim, estabelece-se uma distância entre o que as mães desejaram e a realidade, e muitas expectativas precisam ser descartadas, o que pode prejudicar o processo de idealização e libidinização do filho³. Percebem-se diversas possibilidades de desfechos nesta relação, desde uma gradual aceitação até reações de ansiedade, depressão, uso de projeções patológicas, as quais tornam a criança um bode expiatório e receptor de todas as falhas da família, ou excessiva superproteção^{3,4}.

Por isso, sabe-se que uma mesma patologia pode assumir diferentes representações psíquicas inconscientes dependendo de quem a porta ou olha, ou seja, dependendo do lugar que o bebê assume na mente dos pais⁵. Ou seja, a malformação por si só não parece suficiente para determinar com precisão todas as limitações ou potenciais de desenvolvimento psíquico nessas situações, e as representações maternas acerca do bebê acabam exercendo um papel fundamental nesse prognóstico.

Stern⁶ corrobora essa ideia quando aponta que o mundo das representações das mães e pais possui um papel determinante na natureza do relacionamento pais-bebê tão ou por vezes mais importante do que o exercido pelo mundo externo real. Esse mundo representacional refere-se a como os pais experienciam e interpretam subjetivamente os eventos objetivamente disponíveis na interação com o bebê, englobando os seus comportamentos e também os do bebê. Por isso, dele fazem parte não somente as experiências dos pais resultantes da interação atual com o bebê, mas também as suas fantasias, medos, sonhos, lembranças da própria infância, modelos de pais e expectativas para o futuro do bebê.

Para Stern, esse processo de representar é bastante intenso, iniciando-se já durante a gestação. Ele evidencia que a vivência da maternidade aciona tantas modificações na mente da mãe que, a partir dele, o autor⁶ chegou a formular o conceito de “constelação da maternidade”. Esta constelação refere-se a uma nova organização psíquica que determinará uma série de ações, medos, fantasias e desejos da mãe, tornando-se o eixo dominante da vida psíquica da mulher. O autor aponta que a constelação da maternidade corresponde a três preocupações e discursos que, embora distintos, estão relacionados entre si: o discurso da mãe com a própria mãe, o discurso consigo mesma e o discurso com o bebê. A reelaboração mental em torno dessa trilogia da maternidade faz surgir quatro temas: “vida e crescimento”; “relacionar-se primário”; “matriz de apoio”; e “reorganização da identidade”. O primeiro, de vida e crescimento, envolve a questão da mãe se sentir capaz de manter o bebê vivo depois do nascimento, propiciar a continuidade de

seu desenvolvimento e crescimento físico. Esse tema costuma gerar uma série de medos e angústias para as mães, de doença, de morte, etc., como se essas intercorrências fossem evidenciar que elas não são boas mães. O tema do relacionar-se primário refere-se à capacidade de amor materno e de reconhecimento do bebê como seu filho. O terceiro tema, da matriz de apoio, corresponde à necessidade de a mãe criar e permitir uma rede de apoio protetora para que ela possa promover o desenvolvimento físico e psíquico do bebê. O quarto e último tema, o da reorganização da identidade, diz respeito à necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua identidade para assumir uma postura de mãe, sem tanta autonomia.

O autor⁶ não se dedicou especificamente à questão da malformação, embora tenha registrado algumas ideias que nos permitem supor como podem ficar as representações maternas nessa situação. Como já foi dito, o autor coloca que as representações pressupõem uma experiência subjetiva de estar com o bebê que pode ser mental ou real. Isso remete à possibilidade de imaginar, significar e esperar o bebê. Diante de uma malformação, Stern salienta que os genitores não podem planejar e elaborar um curso de desenvolvimento para seu filho; eles são impedidos, por uma realidade médica, de ter uma ideia mais concreta sobre o seu futuro. Mais tarde, ele acrescenta que, nesse contexto, a mãe está privada de ampla parte do processo imaginativo, o que pode levar a dificultar a construção de uma estrutura representacional futura, formando, nas palavras do autor, um vácuo representacional. Diz ele: “Quando nós não podemos imaginar o futuro, não podemos avaliar o presente. Um dos pilares de todo o empreendimento da representação foi retirado” (p. 42)⁶. O autor acredita que se os pais e mães não forem ajudados a olhar para esse vácuo, corre-se sério risco de um fracasso na ontogênese da representação dos pais sobre a criança presente e futura, além de um correspondente fracasso na representação da criança de si mesma.

Nesta situação, intervenções psicológicas frequentemente se fazem necessárias, pois auxiliam os pais, e particularmente a mãe, a exercer com mais qualidade o seu papel, fornecendo, desta maneira, bases mais seguras para um bom desenvolvimento psíquico do bebê. A psicoterapia breve mãe-bebê realizada por Cramer & Palacio-Espasa⁷ poderia, de acordo com os autores, trazer uma melhora significativa aos sintomas no bebê, nos comportamentos interativos e nas representações acerca da parentalidade. Ao analisar profundamente os fatores de mudança nas terapias breves mãe-bebê, os autores consideraram que, ao mudarem os investimentos e representações que têm do filho, os pais acabam por reduzir as projeções sobre a criança. São instituídos processos curativos em diferentes níveis: o das modificações das interações, que correspondem à redução das projeções; o das modificações das representações maternas sobre o filho, em particular pela descontaminação de elementos parasitas vindos do mundo interno da mãe; e o das modificações dos investimentos sobre o filho, sejam estes libidinais, agressivos ou narcisistas. Esse objetivo parece vir ao encontro das

situações de anormalidades do bebê, uma vez que as representações maternas sobre o filho precisam ser mais amplamente modificadas e adaptadas a uma nova realidade.

Método

Participantes

Participaram deste estudo, a mãe (denominada aqui Camilla, 22 anos, dona de casa, escolarização segundo grau completo) e o bebê, chamado aqui de João Otávio (Jota), de 11 meses. Ele apresentava uma malformação cardíaca grave, mas compatível com a vida. O pai, denominado aqui Jorge, 49 anos, curso superior completo, foi convidado a participar da psicoterapia, mas sua presença não foi possível por razões profissionais, tendo comparecido apenas em duas sessões. A família vivia em precárias condições econômicas, passando inclusive necessidades de cunho básico, como escassa alimentação, vestuário e recursos para a casa, além de dificuldade para comprar a medicação de Jota.

Delineamento, procedimento e instrumentos

A díade foi atendida pela primeira autora do presente artigo em psicoterapia breve pais-bebê, conforme detalhada acima⁸. O processo teve a duração de 24 sessões de atendimento ao longo de 7 meses, distribuídas em três momentos do estudo: seis sessões de avaliação inicial (fase I); 17 sessões de psicoterapia pais-bebê (fase II); uma sessão de avaliação (SA) pós-psicoterapia (fase III). Todas as entrevistas e sessões foram gravadas em áudio e vídeo e posteriormente transcritas para análise do material.

Na fase I, Camilla foi informada sobre os objetivos do estudo e os procedimentos de avaliação para a participação da psicoterapia pais-bebê. Uma vez aceita a participação, a mãe assinou o consentimento livre e esclarecido (Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, Núcleo de Estudos em Infância e Família – NUDIF, Entrevista Diagnóstica, Porto Alegre, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Instrumento não publicado, 2003) e foi preenchida a ficha de contato inicial (GIDEP, NUDIF, Instrumento não publicado, 1998). Posteriormente, a terapeuta propôs que ela contasse como vinha se sentindo e quais as razões que a tinham levado a buscar o tratamento. Ao longo de mais cinco encontros de avaliação inicial, foram aplicados a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)^{9,10} e o Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory, BDI)^{11,12} para examinar seus aspectos emocionais. Além disso, estes últimos foram também averiguados mais qualitativamente através de uma entrevista diagnóstica (GIDEP, NUDIF, Entrevista Diagnóstica, Porto Alegre, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Instrumento não publicado, 2004). Foram realizadas, ainda, a entrevista sobre gestação e parto (GIDEP,

NUDIF, Entrevista sobre a Gestação e o Parto, Porto Alegre, Instituto de Psicologia, UFRGS, Instrumento não publicado, 2003), a entrevista sobre o desenvolvimento do bebê (GIDEP, NUDIF, Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê, Porto Alegre, Instituto de Psicologia, UFRGS, Instrumento não publicado, 2003) e a entrevista sobre a experiência da maternidade (GIDEP, NUDIF, Entrevista sobre a Experiência da Maternidade, Porto Alegre, Instituto de Psicologia, UFRGS, Instrumento não publicado, 2003). Tanto os instrumentos de avaliação dos aspectos emocionais como as entrevistas serviram, nesta primeira fase, para fornecer dados importantes à terapeuta a respeito do estado emocional da mãe, da compatibilidade ou não do caso com a indicação de psicoterapia breve pais-bebê, além de proporcionar dados sobre a história do bebê para aquela família e sobre a história da mãe, o que auxiliou no processo psicoterápico.

Na fase II do estudo, foi oferecida a psicoterapia breve pais-bebê de forma gratuita e com uma ajuda de custos para o transporte, uma vez que a família não dispunha de recursos para o deslocamento. A família foi atendida em psicoterapia pela primeira autora deste artigo.

A fase III ocorreu 2 semanas após o término da psicoterapia, quando foi agendado um encontro de avaliação pós-psicoterapia com Camilla e Jota. Este foi realizado por outra colega e envolveu uma nova avaliação da mãe através dos seguintes instrumentos: entrevista diagnóstica, BDI, entrevista sobre o desenvolvimento do bebê, e entrevista sobre a experiência da maternidade. Nesta fase, os instrumentos de avaliação dos aspectos emocionais e as demais entrevistas serviram, também, para examinar as eventuais mudanças decorrentes da psicoterapia. Todas as entrevistas realizadas nos encontros de avaliação inicial e no encontro de pós-psicoterapia, bem como as sessões de psicoterapia foram gravadas em áudio e vídeo e transcritas para posterior análise. O processo de psicoterapia está extensamente detalhado na tese de doutorado da terapeuta que atendeu o caso¹³.

Paralelamente ao atendimento, a psicoterapeuta participava de um grupo de supervisão composto por mais quatro colegas psicoterapeutas e um supervisor clínico, psiquiatra e especialista na técnica de psicoterapia pais-bebê. Nesses encontros, realizados semanalmente, o caso era discutido tanto em seus aspectos teóricos como técnicos.

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único¹⁴, de caráter longitudinal, buscando investigar o impacto da psicoterapia breve pais-bebê nas representações maternas a respeito do bebê quando este apresenta uma malformação. Esse impacto foi avaliado mais especificamente a partir do primeiro dos quatro temas da constelação da maternidade propostos por Stern⁶, “vida e crescimento”. O impacto da psicoterapia sobre os demais temas da constelação da maternidade propostos por Stern⁶, “relacionar-se primário”, “matriz de apoio” e “reorganização da identidade”, também foi analisado por Gomes¹³ na tese de doutorado da qual deriva este artigo. Foi realizada uma análise qualitativa dos conteúdos manifestos e latentes presentes nas verbalizações

maternas e na interação mãe-bebê com base no referencial psicanalítico. Para tanto, foram realizadas repetidas leituras das transcrições de todo o material, recorrendo-se também aos vídeos para rever as sessões realizadas.

A seguir, apresenta-se o resultado das análises realizadas agrupando as sessões de atendimento por fases divididas com base nas principais mudanças percebidas nas verbalizações e na interação mãe-bebê, sempre ilustrando as análises com trechos das sessões. Dessa maneira, pretendeu-se evidenciar com mais clareza o movimento psíquico ocorrido nas representações maternas nos principais momentos do atendimento, bem como discutir essas evidências à luz da literatura. Vale registrar que a apresentação do material será feita, em muitos momentos, na primeira pessoa do singular, a fim de ser fidedigna à proximidade do envolvimento da autora com os participantes e com todo o processo de psicoterapia.

Resultados e discussão

A primeira fase do tema “vida e crescimento” abrangeu do primeiro encontro de avaliação até a segunda sessão de psicoterapia (SP). Neste momento, a visão materna sobre o bebê foi percebida como bastante parcial. Ou seja, o filho Jota era visto predominantemente sob um olhar de idealização, ao ser normalizada a sua restrição de crescimento e ao ser supervalorizado quando comparado à irmã gêmea, que não apresentava malformação:

Mas assim, ele tá bem. Tá bem ativo, só esse probleminha dele que ele não cresce né. Isso é normal né, de criança mesmo. Mas ele tá bem. Ele é bem mais esperto do que a irmã dele, que é maior que ele... (1ª SA)

Pode-se pensar numa necessidade da mãe de compensar a malformação promovendo o filho a potenciais maiores que pudessem amenizar os limites inerentes à sua condição de saúde. No entanto, apesar de poder ser considerada uma espécie de negação, e até uso de uma formação reativa, acredita-se que era um movimento necessário para que ela pudesse ver potenciais de crescimento no filho e, assim, investi-lo de afeto e esperança.

Dentro dessa visão compensatória e idealizada, em outro momento Camilla expressou sua crença de que Jota estaria sempre à frente dos meninos da sua idade: “Eu acho que, quando ele crescer, ele vai tá sempre à frente da idadezinha dele” (1ª SA). E em seguida revelou que essa maturidade teria base nas vivências difíceis de Jota, como se elas levassem ao crescimento, ao invés de promoverem traumas. Assim, tentava reverter o sofrimento em ganho de ambos, tanto para ela como mãe, que parecia se aliviar ao pensar assim, como para Jota, que se veria como mais capaz.

A literatura assinala que essa é uma reação bastante comum em pais de crianças com malformação, que, pelo trauma, desenvolvem reações defensivas inconscientes. Estas vão

desde a negação até a formação reativa, que não só anulam as restrições, como as transformam em potencialidades¹⁵. Ainda sob essa ótica, a respeito da relação mãe e filho em situações de malformação, Sinason¹⁶ atenta para a frequência da atitude de superproteção na medida em que esta ameniza o sofrimento das limitações e protege contra riscos naturais aos quais estas crianças estão mais vulneráveis. Com crianças com malformação cardíaca, essa postura é bastante expressiva¹⁷ e visa tentar distanciar o máximo possível a realidade de ameaça. Ao ver o filho idealizado, Camilla o estava superprotegendo de alguma maneira, pois o isentava de limitações e sofrimentos.

No entanto, no momento em que ela estava falando dos possíveis sofrimentos de Jota, ele começou a chorar. Entendi que ele estava conectando com aquela dor da mãe que, embora um pouco atenuada pela visão compensatória, estava ali e também era dele. Autoras defendem a importância da palavra no tratamento com bebês, no sentido desta auxiliar na tradução do sofrimento, podendo-se chegar assim à elaboração^{18,19}. Desta forma decodifiquei para Jota o possível significado do seu choro:

Né Jota, esse é um assunto difícil né? Tanta coisa que eu vou ter que enfrentar? Eu sou pequeno, tenho tanta coisa para fazer. (1ª SA)

Só depois disso, Camilla pôde expressar seu sofrimento com menos máscaras, falando do desconforto que sentia ao sair com Jota na rua, pois as pessoas costumavam perguntar o que ele tinha, ao que não lhe dava vontade de responder: “Ai, porque coitadinho, pobrezinho, que pecado. Ah não sei o quê. Eu não gosto” (1ª SA). Parece que o não dito também ficava impedindo a expansão psíquica dela, na medida em que temia enfrentar seus medos e angústias.

No entanto, apesar de eu tentar, na sequência, integrar a visão e os sentimentos de Camilla, de dor e esperança ao mesmo tempo, ela mostrou que, por enquanto, precisava viver mais parcial e voltou a idealizar o bebê no final do encontro: “Eu, para mim, tirando ele ser magrinho, ele é normal, não tem nada assim” (1ª SA). Essa atitude é completamente esperada, tendo em vista a complexidade desta transformação e o momento inicial do tratamento. Parece que para ajudar verdadeiramente Camilla e Jota, era preciso tolerar um funcionamento na posição mais esquizoparanoide²⁰, e a evolução para a posição depressiva demoraria em ser genuína, ainda mais com todas as suas próprias vivências de inconstância objetal.

No começo do segundo encontro de avaliação, Camilla chegou trazendo de presente esculturas em gesso, feitas por ela mesma, de dois padres cantores. Agradei seu gesto, elogiando sua habilidade. Pensei em algo associado a “vida”, “cantar”, “música” e “confiança” (padres confidentes dos segredos). Parecia querer agradecer a atenção, além de me agradar, talvez acreditando que, só assim, pudesse seguir contando com um objeto mais constante e continente. Logo a seguir, ela enalteceu a esperteza do filho: “Ele se esticava todo pra olhar o que tava acontecendo” (2ª SA).

Pode-se pensar na função libidinizadora que eu, como terapeuta e terceiro na relação, possivelmente estava ocupando. Como um espelho, refleti para Camilla, ao elogiar sua habilidade artística, um valor dela mesma e, por conseguinte, ela pôde, diante dessa imagem de si, também sob uma ótica especular, ver Jota mais valorizado e, assim, refletir para ele um olhar mais encantado. Lacan²¹ e Winnicott²² fundamentaram a função do espelho na constituição psíquica, entendendo que o filho, sendo uma extensão de si, passa a ser visto como semelhante. Camilla, ao sentir-se desvalorizada e rejeitada, tendia a ver o filho também desta maneira, ainda mais com a malformação dele, que é um fator concreto e real que pode intensificar as falhas narcísicas. No entanto, pelo contrário, caso Camilla pudesse – talvez como neste momento em que se sentiu mais valorizada – se ver com menos desvalia, as chances de Jota representar para ela um filho mais inteiro e com potenciais aumentariam consideravelmente.

É interessante registrar e pensar que, no decorrer desse encontro, ela pôde revelar situações de muito medo de perder o filho logo após o seu nascimento:

Ele tava com um óculos, um monte de coisa para respirar... na UTI... com sonda, bem magrinho, sola do pé tipo carne viva... e, no outro dia, o cardiologista me explicou direitinho. Aí bateu o desespero né. (2ª SA)

Senti, sobretudo, que ela realmente estava começando a poder contar comigo para reviver aquelas cenas difíceis que acionavam um temor intenso de que Jota não evoluísse e morresse. A crença na vida e crescimento de Jota estava, à época do seu nascimento, completamente abalada: “Podia chegar no outro dia e ele não estar mais lá... Falando bem a verdade, que já ia morrer” (2ª SA).

Stern⁶ lembra o quanto é necessário os pais vislumbrem um futuro para seu filho para poderem representá-lo psicologicamente. Camilla não podia ter essa noção evolutiva em muitos momentos, o que nos leva a supor que a representação psíquica que tinha de Jota poderia não ser linear, constante.

Ademais, cada ganho de Jota tinha muito mais valor do que qualquer avanço de uma criança sem problemas. Diante disso, percebe-se o espaço diferente que uma criança com malformação tende a ocupar: tudo é maior, os ganhos, as perdas, o perigo; tudo é intenso, restringindo o espaço para o resto das atividades da mãe e até para seus outros filhos, o que pode gerar culpa²³. Gianotti¹⁷ ressalta que em casos de malformações cardíacas, esse movimento é muito expressivo, pela ameaça que o coração significa, ficando o cardiopata como centro das atenções e seus irmãos, em um plano mais secundário. Em consonância com essa observação do autor, o sentimento de culpa esteve claro nas verbalizações de Camilla, na medida em que ela percebeu que dedicava mais de si a Jota, sendo, por vezes, até negligente com os outros filhos. Mesmo que no caso de Camilla não parecesse que a malformação fosse a única razão para esse descuido, ela precisava acreditar na hipótese de que Jota era o culpado para,

talvez, isentar-se da sua responsabilidade de mãe e mulher adulta, que parecia ser um peso para ela. Na verdade, talvez essa fosse uma ocasião para ela demonstrar ali comigo a raiva que sentia dele e da malformação e do quanto ele a sugava: “A gente acabou descuidando dela por causa dele, né?” (3ª SA). Sua raiva parece ter ficado bastante evidente logo em seguida, quando o bebê solicitou sua atenção e ela estupidamente o repreendeu.

Esse mecanismo projetivo de colocar sobre Jota algo que não podia tolerar em si mesma reflete a sobrecarga que Camilla demonstrava sentir com sua vida e, especialmente, com o contexto da malformação²⁴. Ela não dispunha, então, de condições psíquicas nem financeiras para suportar. Talvez por isso, delegasse responsabilidades que eram suas e do marido aos seus pais e irmãs.

As preocupações com a vida e crescimento de Jota eram uma constante na vida relacional deles: “Ele já sente uma coisinha e aí eu já vou lá e já procuro saber, será que eu dei remédio na hora certa, será que eu... assim, né?” (4ª SA). Aqui, cabe se questionar sobre como é viver constantemente sob uma intensa tensão e ameaça de perda. E sendo o coração considerado, simbolicamente, o órgão da vida, essa ameaça se torna ainda mais aterrorizante²⁵. A literatura aponta que o psiquismo tende a se defender dessas cargas extremas e traumáticas amenizando ou até transformando a situação, visando, com isso, evitar um possível *breakdown*²⁶. Essa era a reação de Camilla em vários momentos, como descrito antes, mas aqui ela estava explicando as razões disso. Ela vivia sempre preocupada e apavorada com a possibilidade de perder o seu filho e reconhecer isso sem um suporte emocional continente não lhe era possível psicologicamente.

Pode-se pensar que chegando ao final das sessões de avaliação e vendo que estava construindo um vínculo de confiança comigo, conseguiu tomar mais contato com essa realidade tão dolorosa e, por conseguinte, passar, paulatinamente, a assumir uma postura mais ativa para lidar com ela. Assim, percebeu-se um movimento inicial de Camilla no fato de começar a buscar recursos para comprar os remédios do filho:

Tá com dois remédios, que eu consegui comprar, né? Agora eu fui lá fazer a unha dela... e comprei o remédio da pressão... faltam quatro. (5ª SA)

Essa possibilidade de se deparar mais de perto com a realidade de constante ameaça seguiu-se ao longo da primeira e segunda sessões de psicoterapia, nas quais a mãe relatou intercorrências sérias na saúde do filho. Estava podendo começar a aproveitar o ambiente de apoio do atendimento e a minha figura como continente para suas angústias e temores.

Em suma, esta primeira fase, da primeira SA à segunda SP, caracterizou-se inicialmente por uma visão mais parcial da mãe em relação ao filho, ou seja, uma representação dele mais idealizada e compensatória à malformação. As representações sobre si mesma circundaram em torno de uma

ideia de desvalor e culpa por não conseguir prover o filho com o que ele precisava. Sentimentos de raiva e constante tensão foram predominantes nesta fase. Paulatinamente, Camilla foi podendo expressar o medo da perda do filho, as suas raivas, utilizando as sessões como continente para lhe ajudar a sentir e a pensar sobre sua realidade. Percebeu-se, ainda, o início de uma postura mais ativa na busca de recursos para o filho.

A segunda fase, que compreendeu da terceira à quinta SP, envolveu uma visão materna de um bebê em evolução e com muitos potenciais. Camilla apontava, com muito orgulho, o crescimento do filho:

A roupa não serviu! Eu fui botar e fica abrindo! Os sapatos também... Ele tá crescendo... tá grande mesmo! (3ª SP)

Conta a novidade! Um dentão aí na tua boca! (4ª SP)

Esse movimento parece ser uma continuidade da primeira fase, quando ela estava podendo se apropriar mais dos riscos de Jota e de seus medos de perdê-lo. Freud²⁷ refere que, uma vez utilizado o mecanismo de isolamento do afeto para amenizar as dificuldades, podem-se amenizar também os investimentos positivos verdadeiros. É uma anestesia geral, ou seja, não se chega muito perto para não se sentir a dor e, assim, perde-se também o amor e o prazer. Dessa forma, na medida em que Camilla se aproximou da realidade, do medo da perda e da raiva que sentia por tudo isso, parece ter podido também contatar com o orgulho e a esperança que sentia em relação ao filho. Assim, nessa segunda fase, da terceira à quinta SP, as representações maternas estavam voltadas para um bebê crescido e em evolução. Além disso, Camilla pareceu estar se percebendo com mais valor materno.

A terceira fase compreendeu o intervalo entre a sexta e a nona SP. Nesse período, a visão materna sobre o bebê estava ligada a alto risco e vulnerabilidade. Camilla salientou, mais uma vez, o quanto Jota demandava uma preocupação maior do que uma criança normal, sendo necessários constantes cuidados especiais:

Ele começou com essa rouquidão e eu levei ele lá no hospital... e as médicas disseram: “a senhora fez certo de ter trazido, porque ele é uma criança que não pode ter nada!”. (6ª SP)

Apareceu, junto com isso, uma ideia de um bebê defeituoso, diferente dos demais: “Que ele tem um monte de defeitos! Um monte de... coisas diferentes” (8ª SP).

Em relação a esse rótulo, Schorn²⁸ refere que a malformação é uma marca para toda a vida, uma marca orgânica e psíquica. A autora chama a atenção sobre a dificuldade de definir a malformação, pois não é nem uma doença, um sintoma, nem tampouco uma síndrome. Por isso, ela a chama de “marca” na intenção de englobar uma conotação psíquica, como se a imperfeição orgânica eternamente levasse à estranheza²⁹ ou, no mínimo, a uma categoria de “diferente”¹⁵.

Essa conotação psíquica parece estar na verbalização da mãe quando ela diz que Jota “tem um monte de defeitos, um monte de coisas diferentes”, não definindo a malformação cardíaca e mostrando, sim, a amplitude que isso ocupava na sua mente.

Essa carga, somada às carências pessoais de Camilla, pareceu, em alguns momentos, paralisá-la, na esperança de que as soluções aparecessem sem o esforço dela. Na sexta SP, quando a questioneei sobre o cateterismo, ela disse: “A doutora tá trancando, porque ela quer que seja pelo IPÊ” (6ª SP). Na verdade, tratava-se de uma projeção de seus desejos na médica. Devido às suas carências, não conseguia abandonar sua condição infantil mais passiva de ser cuidada ao invés de cuidar, e, assim, a menina pequena que residia dentro dela estava ansiosa querendo muito que seus pais pagassem o convênio, isto é, cuidassem dela. Desta maneira, desistir do IPÊ e batalhar pelo sistema único de saúde (SUS) significava admitir que dependia de si e que tinha que colocar no limbo alguns desejos mais infantis. Só que isso a levaria a se deparar com seu desamparo, o que, nesse momento, era muito para ela.

Procurei, então, mobilizar Camilla a encarar a real condição de risco pela que estava passando Jota, conectando com o seu desejo inconsciente de ser cuidada. Aqui, vale marcar que foi essencial uma postura continente minha, funcionando não como um elemento superegoico, que estava mostrando o abandono dela em relação ao filho, e sim como um ego auxiliar para ajudá-la a pensar nas razões que a levavam a não reagir:

Quem sabe isso... eu e tu já tínhamos visto... que tinha uma parte tua nisso, né? De tentar ainda querer que também fosse assim [pelo convênio], e ter dado algum tipo de esperança para o hospital. (6ª SP)

Desta maneira, talvez eu estivesse, em alguma medida, preenchendo aquele espaço da menina carente, emprestando-lhe a mente, ao mesmo tempo em que a segurava “no colo”, propiciando, enfim, recursos para que seguisse em frente. Tendo podido compreender e acolher esse conteúdo, a mãe chegou à sétima sessão com o cateterismo marcado pelo SUS: “Ligar todos os dias, né? Foi o que eu fiz. Aí eu consegui... na sexta, ele faz o cateterismo” (7ª SP). Além disso, demonstrou cuidados ativos com Jota, como o de não trazê-lo à sessão para preservá-lo para o procedimento.

A respeito da técnica empregada nesta situação, lembrei de Ferro³⁰, que salienta a importância do campo relacional entre paciente e analista sobre a do material trazido pelo paciente propriamente. Procurei, então, me deixar orientar pelo campo construído ali pelas nossas mentes, percebendo que interpretar o abandono com o filho e as possíveis razões para este poderia funcionar como um superego e um ideal de ego mais severo, gerador de uma culpa talvez paralisante. Assim, priorizei um outro foco, podendo transformar, de acordo com as observações de Ferro, o superego do campo relacional.

Primeiro eu, podendo me oferecer como alguém que contém e ajuda a pensar, tentei abrir espaço para olhar, em conjunto, mesmo os abandonos ou o que poderia antes gerar uma culpa avassaladora, como algo que, aos poucos, poderia dar lugar ao desejo de compreensão e mudança.

Um outro aspecto que poderia estar contribuindo para a passividade de Camilla é a impossibilidade psíquica de estar constantemente próxima do alto risco do filho, o que a levava a amenizar a situação. Esse estado de tensão, somado a todas as demais preocupações de Camilla, representava uma sobrecarga psíquica que acabava prejudicando a sua capacidade de discriminação. Diversos estudos mostraram que as mães de crianças com malformação, quando comparadas às mães de crianças sem problemas físicos, apresentaram um maior nível de estresse, depressão, ansiedade e baixa autoestima^{7,8,17,26}, e isso parece ter se confirmado no estado psíquico de Camilla. A constante tensão pelas dificuldades e pela malformação de Jota a deixava confusa para discriminar as situações e urgências e organizar melhor a rotina de cuidados da família.

No entanto, apesar desses obstáculos, nesta fase Camilla pareceu estar mais preparada para encarar a realidade. Prova disso foi que, na oitava SP, ao contar que tinha descoberto mais complicações no coração do filho, se mostrou muito triste e temerosa, mas isso não a paralisou, motivando-a, pelo contrário, a querer saber mais sobre o que estava acontecendo, propondo uma reunião com o corpo clínico responsável por Jota.

Pensando nas fases do luto propostas por Drotar et al.²⁴ e Moura³¹, pelas quais as mães passam ao se deparar com um filho com malformação, pode-se pensar que Camilla precisou de apoio terapêutico para sair da fase de negação e enfrentar a situação, encaminhando-se para um estágio de maior reorganização.

A sobrecarga era muito excessiva e isso foi evidente nessa oitava sessão. Meus sentimentos contratransferenciais eram de impotência e muita dor. Essa intensidade apareceu também em Jota, que começou a chorar enquanto Camilla escancarava seu medo de que ele morresse. Senti que precisava traduzir para ele, verdadeiramente, o que estava acontecendo ali. Szejer & Stewart³² acreditam que o não dito causa um prejuízo psíquico maior do que a explicação, mesmo sendo esta muito dolorida. E eu senti isso naquele momento; ele parecia estar pedindo que eu lhe traduzisse toda aquela angústia de morte tão pesada, e assim o fiz, tentando transmitir de forma calma e clara:

A mamãe tá chorando, Jota! Ela tem medo. Tá nos contando isso hoje, mais forte. Né? Que ela quer que tu fique bem, mas que ela tem medo! É pra isso que nós estamos aqui. Pra conversar sobre essas coisas tão difíceis que é... mas que, às vezes, ela tem dúvidas de como que tu tá... né, Camilla? Tu tem essa dúvida, né? (8ª SP)

Jota foi parando de chorar, diferente de Camilla, que continuou, enquanto falava sobre a situação. E, após eu valorizar

que estava podendo falar ali comigo sobre tudo que era difícil para ela, Camilla escancarou não mais o medo, mas o pavor de perder o seu filho: “Eu não aguento mais! [chorando] Aconteceu tantas coisas!... ele pode morrer! [sobre o crescimento do coração]” (8ª SP).

Rajon et al.³³ referiram que o terapeuta precisa funcionar como um para-raios para as dores dos pacientes. E, através dos meus sentimentos contratransferenciais de peso e tristeza, eu sabia que o estava sendo, pois estava também comigo aquela carga de sofrimento. Minha função parecia estar sendo efetivamente cumprida na medida em que houve um pedido da mãe de antecipação da nona SP em razão de saber a data da cirurgia e estar muito ansiosa.

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

A quarta fase incluiu da 10ª à 12ª SP. Apesar de ser um momento que circundou uma cirurgia, Camilla mostrou uma visão de um bebê mais ativo e crescido (“Ele não para mais! Agora só porque ele tem um monte de dente! Fica achando que é o cara!” (10ª SP) e também forte e com capacidade de reação:

Porque eu sai de casa com ele [para ir para a cirurgia] e parecia que ele ia vir pra cá assim, [para a sessão] bem faceiro!... Depois lá [no hospital], ele tomou outra mamadeira!... Veio a janta, ele comeu... pediu mais! (11ª SP)

Aqui ficou muito claro o sentimento transferencial de confiança e bem-estar dela projetado no bebê, o que denotava um bom vínculo terapêutico.

Apesar de as representações maternas estarem envolvendo um bebê mais capaz e crescido, a ideia de vulnerabilidade se manteve: “Aí foi melhorando, né? Só que aí toda hora ele teve esses negócios aí... da saturação [do sangue], né?” (11ª SP). Assim, pôde-se perceber o início de uma visão mais integrada do bebê: ele podia ter capacidades e ser vulnerável ao mesmo tempo. No entanto, manteve-se a ideia de um bebê diferente, já manifestada antes: “Porque ele é todo diferente! E essa veia cava é ligada direto nesse único ventrículo que ele tem, né?...” (11ª SP). Pensando no estudo de Trolt³⁴, que disse que para sempre o bebê ideal sobreviverá na mente da mãe a cada vez que ela vir uma criança normal ou se deparar com as dificuldades de seu filho, ela pode se remeter a essa imagem do filho que perdeu, aludindo, assim, à diferença entre o real e o ideal. Acredita-se que a manutenção da ideia do diferente em Camilla fala desse aspecto.

Nessa fase, Camilla se mostrou muito dedicada aos cuidados do filho, passando dia e noite no hospital com ele. Continuou se mostrando mais ativa também na busca de recursos, tendo, inclusive, procurado auxílio para fazer um chá benéfico para arrecadar fundos para as medicações (12ª SP).

Parecia que o investimento afetivo em Jota tinha se tornado mais possível apesar de o medo da perda não ter desaparecido. Poderíamos pensar que esse movimento tem a ver também com a autoestima de Camilla, que tinha melhorado. Ela dizia sentir que tinha um “bom leite” para oferecer a Jota, diferente de antes quando talvez não investisse nele para protegê-lo da sua crença num conteúdo “podre, que estraga”. Os sentimentos de culpa agora eram revertidos, pelo menos em parte, em tentativas de ajudá-lo. Isso também pode ter relação com o fato de a mãe estar recebendo um “leite bom” ali comigo e, portanto, estando melhor alimentada, alimentava melhor. Isso me reporta à ideia contida em outro trabalho do qual participei com outros colegas³⁵ envolvendo observação de bebês intraútero, no qual se discutiu o quanto a observadora precisava servir como uma boa barriga que sustenta e nutre a mãe, propiciando, assim, condições de ela ser uma boa barriga para o bebê. São verdadeiras camadas, peles, que funcionam como continentes e nutrientes.

Em suma, esta quarta fase da psicoterapia se caracterizou por uma representação mais integrada do filho, que passou a ser visto como capaz e vulnerável ao mesmo tempo. A ideia de ser um bebê diferente se manteve na mente da mãe. As representações dela como mãe se afirmaram em torno de mais atividade na busca de ajuda para as necessidades do filho e muita dedicação nos seus cuidados durante a hospitalização. O medo da perda do filho persistiu, mas, paralelamente, evidenciou-se a esperança na evolução de Jota.

A quinta fase consistiu no intervalo da 13^a à 15^a SP. Foi um momento marcado por uma importante oscilação emocional de Camilla. Primeiramente, mostrou-se extremamente contente e otimista quando à evolução do filho, chegando a ressurgir, com bastante força, uma visão idealizada do bebê: “Vai fazer engenharia aeronáutica! Trabalhar na NASA... [risos]” (13^a SP). Em seguida, ela comentou que, quando adolescente, pensava em cursar essa profissão. O desejo de que os filhos preencham os vazios dos pais já foi discutido por Freud³⁶. Em *Introdução ao Narcisismo*, o autor referiu que o comovedor amor parental não é outra coisa senão o narcisismo ressuscitado dos pais. Cramer & Palacio-Espasa⁷ comentam o quanto o bebê pode ser visto sob uma ótica alienante, isto é, independente do seu verdadeiro eu, prestando-se somente à satisfação de seus genitores.

No entanto, apesar de ter uma imagem idealizada do bebê, as expectativas maternas também significavam que ela estava vislumbrando um futuro para o filho, sinal de investimento e esperança. Camilla pareceu bem empolgada com a maneira em que Jota estava reagindo após a cirurgia: “Mais sem vergonha! Engordou! Depois da cirurgia, ele passou a comer mais. Agora, o primeiro passo é engordar os cambitos [pernas]!” (13^a SP). Eu comentei que, se ela estava falando num primeiro passo, é porque existiam outros tantos vindo por aí, visando reforçar a esperança e a necessidade de estímulo. Nesse momento, ela me mostrava como Jota já estava com as pernas mais firmes, querendo caminhar. Talvez essa fosse a nossa história também, estávamos caminhando apesar

das dificuldades. Quantos momentos já tínhamos passado juntos... Acredito que minha emoção em vê-lo se esforçar para ficar em pé vinha daí, lembrava dele na UTI duas semanas antes. “Que força de viver!”, eu pensava.

No entanto, na semana seguinte, a família teve a luz cortada da residência por falta de pagamento. E isso metaforicamente cortou a luz interna de Camilla e a sua possibilidade de “enxergar”. Demonstrou vontade de morrer, ou melhor, eu diria, de receber uma alta dose de atenção e de evitar o término do tratamento, cuja previsão era para dali a algumas semanas, conforme já havia sido bem discutido junto ao grupo de supervisão. Pode-se pensar que, após um período recente de muita atenção e dedicação com a cirurgia, Camilla entrou num estado de exaustão emocional, o qual vinha sendo superado pelo sucesso do procedimento e pelos evidentes ganhos de Jota. No entanto, o corte da luz talvez tenha significado a volta às instabilidades constantes da vida de Camilla: “Agora que tava tudo indo bem, aconteceu isso, tô cansada” (14^a SP); possivelmente, isso também lhe lembrasse que logo teria que lidar com a situação novamente sozinha, pois a separação de mim seria em breve.

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

A sexta e última fase foi marcada da 16^a SP à SA pós-psicoterapia. Nesta fase, o bebê foi visto como mais ativo, esperto e crescido:

Bem mais esperto agora... está tão bonitinho, gordinho. Ele está falando agora: “papai”, “xixi”, “papa”, “mama” e não... ele engatinha agora! (16^a SP)

Mas a percepção de vulnerabilidade se manteve, o que configura uma visão mais integrada do bebê, com potenciais e fragilidades. O medo da perda permaneceu, mas isso não mais a impedia de investir no filho no presente:

Ficar pensando no que eu posso fazer hoje por ele, para eu não ficar pensando que daqui a 2 anos vai acontecer tal coisa... o coração dele vai crescer e talvez não venha o resultado dos exames lá do exterior... aí a gente tem que pensar no que a gente pode fazer hoje, né? No momento. (16^a SP)

A literatura aponta que um dos fatores que prejudica o estímulo e o investimento das mães no desenvolvimento dos filhos com malformação tem a ver com a ameaça constante de perdê-los. Assim elas mantêm, por vezes, o afeto suspenso até ter mais certeza da sobrevivência do bebê^{37,38}. Dessa maneira, poderíamos pensar na dificuldade de Camilla em investir, uma vez que não sabia quando e nem se haveria mais estabilidade e segurança. No entanto, ela parecia ter conseguido aprender a conviver com o medo sem se “anestesiá-la” em relação ao filho. Demonstrou, nesta última verbalização que, se o futuro era incerto, o presente não, e por este ela ia lutar,

reconhecendo que sua impotência não era tão atual como ela costumava sentir.

No início da 17ª SP, enquanto Camilla falava sobre sua satisfação de estar podendo contar mais com sua própria mãe, Jota começou a tentar engatinhar, e ela disse, orgulhosa, que essa já era uma de suas novas conquistas. Pode-se tomar esse momento como expressão de uma interação mais saudável, na qual o que Camilla estava dizendo sobre ela mesma – mais movimento e evolução –, Jota estava representando comportamentalmente. Ambos tinham conquistas para mostrar, tinham saído da estagnação e “engatinhavam” em direção ao crescimento.

As representações maternas sobre o filho também envolveram uma ideia de evolução, confirmada pela avaliação médica:

E o Jota tá bem. Agora a doutora já tá marcando as consultas de 2 em 2 meses. Não precisa mais ser de mês em mês, que ele tá muito bem! (17ª SP)

E essa evolução vinha agora acompanhada da percepção e aceitação de limites dele (cansava durante os movimentos), o que demonstrou novamente a possibilidade de vê-lo de forma mais integrada. Camilla estava tomando providências para superar esses limites. Assim, as representações maternas sobre ela mesma já eram de mais competência, acreditando que conseguiria um balão de oxigênio para Jota, evitando assim que ele cansasse tanto e pudesse se movimentar mais (17ª SP). Ficou clara uma postura bastante ativa na busca de recursos para o filho.

Chess & Hossibi³⁹ salientam que, por vezes, as mães acabam não investindo na evolução dos filhos, como se a malformação os destinasse aos limites e fracassos. Este processo é chamado de efeito cruzado de deficiências e, nele, as restrições podem estar mais associadas às representações da mãe do que à malformação em si. Nesse momento, Camilla não estava mais aceitando com passividade as limitações de Jota, possivelmente por uma representação de mais valor sobre ela e sobre o filho, o que a fazia investir na sua melhora, conseguindo um balão de oxigênio a fim de tentar superar as sequelas respiratórias da malformação. Pode-se pensar na psicoterapia como representando simbolicamente esse oxigênio que estava lhe permitindo ter mais força para reagir, alterando sua representação de um bebê sem condições para uma imagem de alguém com potencial. Como dizem Kamers & Baratto⁴⁰, o significante é capaz de alterar a própria mecânica do corpo.

Nesse sentido, as representações ocupam um lugar de excelência na natureza da relação entre a dupla e na forma em que a mãe vai investir e acreditar no seu filho. Na penúltima SP, Camilla mostrou que tinha abandonado uma crença importante em relação a Jota, a de que ele tinha herdado tudo de ruim que tinha dentro dela:

Está fora de cogitação que uma coisa de mim passou pra ele. De coisas que eu passei e... então, eu acho que todos

os filhos da gente têm um pouquinho da gente, mas... acho que não existe uma criança que vai ter só o negativo do que a gente passou. (16ª SP)

Quando livrou Jota dessas projeções patologizantes, a mãe passou a representá-lo de forma mais real, verdadeira, com potencialidades e dificuldades. Isso ficou evidente quando ela expressou saber que agora era um momento tranquilo, mas que em breve poderiam surgir novos obstáculos “É só um tempo de tranquilidade” (17ª SP). A esperança pareceu estar bem presente apesar da ameaça: “Quando que o Jota tiver bem grande, nós vamos procurar a Dra. pra mostrar que o Jota ficou bom de verdade!” (17ª SP).

A representação de Camilla de um bebê diferente se manteve até na SA pós-psicoterapia. Podemos pensar então que essa ideia é uma verdade e que ter sido mantida não deixa de ser uma capacidade de enxergar isso para poder conviver de forma mais congruente com a situação. Portanto, essa última fase se caracterizou pela representação materna de um bebê mais integrado, com potenciais e fragilidades. O medo da morte apareceu, mas sem impedir investimentos afetivos e físicos. As representações maternas de si mesma envolveram uma impressão de maior competência e atitudes mais ativas. Sentimentos de esperança e preocupação constante permearam o discurso da mãe.

Com esta última SA encerrou-se o atendimento proposto para esta família. Isto ocorreu tendo em vista a proposta da psicoterapia breve pais-bebê, que visa modificar as representações maternas sobre o bebê através da descontaminação de elementos parasitas vindos do mundo interno e externo da mãe, tornando-as mais adequadas à realidade. Uma vez atingidos tais objetivos, pelo menos parcialmente, a autora, junto com o grupo de supervisão, entendeu que o caso devia ser encerrado, sendo encaminhada Camilla para atendimento individual. Apesar de uma redução expressiva nos escores do BDI antes e depois da psicoterapia (de 31 para 11 pontos), isto se fazia especialmente necessário tendo em vista as oscilações psíquicas apresentadas por ela e também em função da incerteza quanto à evolução clínica de Jota, que deveria ainda passar por diversas cirurgias. Considerando esta situação, Camilla poderia continuar usufruindo de um apoio profissional para enfrentar esta situação e suas próprias carências materiais e pessoais.

Considerações finais

De forma geral, a evolução do tema “vida e crescimento” durante o atendimento realizado mostrou que a visão da mãe sobre o bebê passou de parcial (frágil ou idealizado), para uma mais integrada (vulnerável, mas com potenciais). A postura da mãe ficou mais ativa na busca de recursos e informações sobre a malformação. Os sentimentos maternos de medo, raiva e culpa puderam ser mais acessados e expressos, abrindo espaço para surgirem os de esperança.

Partindo do exposto acima, parece evidente o benefício da psicoterapia pais-bebê para o contexto de malformação do bebê e, especialmente, para as representações da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. Assim, sugere-se que esta técnica possa ser cada vez mais oferecida a famílias que enfrentam estas situações. É necessário que a malformação não seja tratada pelos profissionais da saúde com atenção somente nos seus aspectos físicos e funcionais, tendo em vista que os aspectos psicológicos também carecem de tratamento. Como foi destacado acima, o atendimento psicológico teve, no caso desta família, um importante impacto no quadro clínico do filho na medida em que a mãe passou a se envolver muito mais no seu tratamento, evitando, com isso, agravamento da doença e interações frequentes.

Assim, espero que a disponibilidade e confiança de Camilla em nos mostrar toda a sua dor e em reviver angústias tão primitivas durante a psicoterapia possam ser úteis para a formação de profissionais de saúde mental que continuem a investigar, compreender e ajudar tantas Camillas e tantos Jotas que povoam nossos hospitais.

Referências

1. Santos M. El lado oscuro de la maternidad – cuando nace un niño con discapacidad. In: Oiberman A, ed. *Nacer y después... Aportes a la psicología perinatal*. Buenos Aires: JCE; 2005. p. 193-201.
2. Szejter M. Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
3. Brazelton T, Cramer B. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
4. Prada C, Valle T, Pimentel M. A percepção de si da criança portadora de fissura labiopalatal. *Pediatr Mod*. 2000;36(3):103-7.
5. Jerusalinsky J. Quando o que se antecipa é o fracasso. Prevenção secundária e estimulação precoce. In: Camarotti M, ed. *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 35-42.
6. Stern D. A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
7. Cramer B, Palacio-Espasa F. Técnicas psicoterápicas mãe/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Beckman PJ. Comparison of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *Am J Ment Retard*. 1991;95(5):585-95.
9. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorin P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
10. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;22(3):106-15.
11. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
12. Cunha JA. Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
13. Gomes A. Malformação do bebê e maternidade: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
14. Stake R. Case studies. In: Denzin N, Lincoln Y, eds. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 1994. p. 236-47.
15. Viana ML, Giacomoni CH, Rashid L. "O que fiz por merecer?": aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. *Rev Odonto Cienc*. 1994;9(11):21-9.
16. Sinason V. *Your handicapped child*. Londres: Rosendale Press; 1993.
17. Gianotti A. Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas. São Paulo: Lemos Editorial; 1996.
18. Eliacheff C. *Corpos que gritam: a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática; 1995.
19. Teperman D. Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
20. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M. *Inveja e gratidão, e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 20-43.
21. Lacan J. O estádio do espelho como formador do Eu. In: Lacan J. *Escritos*, livro 9. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 96-103.
22. Winnicott D. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 153-62.
23. Gomes VF, Bosa C. Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. *Estud Psicol*. 2004;9(3):553-61.
24. Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, Kennel J, Klaus M. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*. 1975;56(5):710-7.
25. Ruschel P. Quando o coração adoece. In: Romano B, ed. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 39-54.
26. Marucco N. Aspectos psicanalíticos das situações traumáticas. In: Eizirik C, Aguiar R, Schestatsky S. *Psicoterapia de orientação psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005. p. 85-95.
27. Freud S (1926). Inibição, sintoma e ansiedade (traduzido por Rego MA). In: Salomão J, ed. *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. vol. 20.
28. Schorn M. Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2002.
29. Amiralian M. Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos Clin*. 2003;8(15):94-111.
30. Ferro A. Fatores de doença e fatores de cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago; 2005.
31. Moura M. Nascimento do conceito malformado: aspectos psicológicos. *Femina*. 1986;14(7):606-12.
32. Szejter M, Stewart R. Nove meses na vida da mulher. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
33. Rajon A, Rosé D, Abadie I. Observação do lactente e atendimento terapêutico do par mãe-filho, no contexto de diagnóstico perinatal de malformação. In: Lacroix M, Monmayrant M, eds. *A observação de bebês: os laços do encantamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 226-31.
34. Trolt M. Birth of a sick or handicapped infant: impact on the family. *Child Welfare*. 1983;62(4):337-49.
35. Caron N, Lopes R, Fonseca M, Munhoz J, Moreira V. La visite des cavernes: réflexions basées sur l'observation d'échographies obstétriques. In: VI International Congress on Infant Observation According to the Method of Esther Bick; 2002; Cracóvia.
36. Freud S (1914). Introdução ao narcisismo (traduzido por Rego MA). In: Salomão J, ed. *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1969. vol. 14.
37. Heidrich SM, Cranley MS. Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nurs Res*. 1989;38(2):81-4.
38. Roelofsen EE, Kamerbeek LI, Tymstra T. Chances and choices. Psycho-social consequence of maternal serum screening. A report from The Netherlands. *J Reprod Inf Psychol*. 1993;11(1):41-7.
39. Chess S, Hossibi M. Princípios e prática da psiquiatria infantil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
40. Kamers M, Baratto G. O discurso parental e sua relação com a inscrição simbólica no universo simbólico dos pais. *Psicol Cienc Prof*. 2004;24(3):40-7.